

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

190

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Pierre DRAGUSSEAU

Né le 1er Mai 1936 à PARIS 16^e

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

LE DEPISTAGE BRONCHOSCOPIQUE DU CANCER BRONCHIQUE
DANS UN SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Président : M. BAUMANN, Professeur .

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Pierre DRAGUSSEAU

Né le 1er Mai 1936 à PARIS 16è

Présentée et soutenue publiquement le :

LE DEPISTAGE BRONCHOSCOPIQUE DU CANCER BRONCHIQUE
DANS UN SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Président : M. BAUMANN, Professeur .

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE
2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenen	OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)	
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)	
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)	
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)	
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
Cliniques obstétricales	Baudeloque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)	
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)	
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)	
Sémiologie médicale	DOMART (A.)	
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)	
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	GABROL (G.) GOUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) ROZZIGNACI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

Je dédie cette thèse, en témoignage de mon affection
et de ma plus profonde reconnaissance.

A mon frère Alain

A ma famille,

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0038

A notre Président de thèse :

Monsieur le Professeur BAUMANN

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Qui nous a fait le grand plaisir de bien
vouloir accepter la présidence de cette
thèse.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MORINEAU

Médecin du service de Pneumo-phtisiologie du Centre
Hospitalier Départemental de La ROCHE-S/-YON

Qui a bien voulu nous aider dans la réalisation
de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de
notre profonde gratitude.

A nos Professeurs et Maîtres de la Faculté de Médecine de PARIS.

A Monsieur le Docteur RENDU, Chef de Service de l'Hôpital
SAINT-JOSEPH à PARIS.

A nos Maîtres de l'internat de l'Hôpital de la Roche-s/-Yon
.

A nos Maîtres de l'internat de l'Hôpital de Toulon.

En hommage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Il est peu de chapitres de la pathologie dont les développements cliniques et thérapeutiques doivent autant à une technique d'exploration que le cancer bronchique.

La bronchoscopie a fait entrer le cancer bronchique dans l'histoire.

L'ère préhistorique des encéphaloïdes de LAENNEC, puis du cancer du poumon, ignorait l'origine bronchique de ces formations tumorales ; la connaissance tardive uniquement nécropsique qu'elle pouvait en avoir, confondait dans la même incertitude les éléments anatomiques broncho-pulmonaires, profondément et largement remaniés à ce stade post-terminal.

Le diagnostic des tumeurs bronchiques et des suppurations bronchiques pulmonaires fut une des premières acquisitions de l'endoscopie bronchique qui n'osa pas, pendant de nombreuses années, s'adonner à l'exploration des bronches des tuberculeux.

La clinique et l'examen anatomo-pathologique du cancer bronchique tirèrent rapidement grand profit des possibilités exceptionnelles offertes par la bronchoscopie : vision directe des lésions, meilleure compréhension des aspects radiologiques, biopsies tissulaires permettant l'étude et la classification histologique.

Mais cet apport, strictement du domaine de la connaissance, restait bien théorique. La thérapeutique du cancer bronchique ne s'en trouvait nullement informée : un diagnostic plus précoce n'améliorait guère les résultats de la radiothérapie mise en oeuvre aussi systématiquement que sans conviction ;

Il fallut attendre que les progrès des techniques chirurgicales et des méthodes d'anesthésie-réanimation permissent la chirurgie à thorax ouvert, puis l'exérèse pulmonaire, pour que la masse de documents et de connaissances accumulés par la bronchoscopie soit appelée d'un coup à une extraordinaire fécondité : si le cancer devenait extirpable il était nécessaire de poser des diagnostics précoces, d'apprécier l'extension bronchique, pulmonaire, lymphatique, de savoir si le type histologique pouvait conditionner la malignité, l'évolutivité, le potentiel métastatique.

Les résultats publiés dans les plus récentes statistiques, aussi modestes soient-ils, sont cependant porteurs d'espérance : les seuls cas de guérison de cancer bronchique sont à l'actif de la chirurgie.

C'est dire l'importance prise par la bronchologie du cancer bronchique

C'est à la bronchoscopie que doit conduire tout syndrome bronchique trainant, toute hémoptysie, toute image radiologique suspecte, avant même qu'apparaissent les signes généraux évocateurs. Plus souvent on aura le réflexe bronchoscopique, meilleures seront les chances de pouvoir offrir à un cancéreux bronchique une possibilité de guérison.

On peut donc parler d'un véritable dépistage bronchoscopique du cancer bronchique. Il ne peut s'agir certes de pratiquer un examen systématique comme l'on use de la radioscopie pour le dépistage de la tuberculose. Mais un bilan radio-clinique simple doit pouvoir isoler quelques critères symptomatologiques suffisants pour mener systématiquement cette fois à la bronchoscopie.

Aussi l'objet de ce travail a-t-il été de rechercher, à partir des examens bronchoscopiques ayant conduit à la découverte d'une tumeur bronchique, s'il était possible de faire apparaître dans les observations de ces malades les traits communs d'une physionomie radio-clinique précocement évocatrice.

Parmi les protocoles d'examens pratiqués entre 1949 et 1958 dans le service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE du CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA ROCHE SUR YON, nous avons relevé 39 cas de tumeurs bronchiques sur 543 observations pour lesquelles il a été possible de retrouver des renseignements précis sur les indications ayant motivé la bronchoscopie, et sur le devenir des malades.

Ces 543 observations rassemblent non seulement les cas où la bronchoscopie a été pratiquée, à la recherche d'un diagnostic, en dépistage (363 cas), mais également ceux où l'endoscopie a été faite au cours d'une affection broncho-pulmonaire connue (180 cas), soit pour préciser le diagnostic, soit comme traitement, créant parfois la surprise de révéler une autre étiologie ou une association morbide.

Dans une première partie nous analyserons

- d'abord les indications générales de la bronchoscopie, nous verrons quels symptômes ont motivés l'examen et quelles constatations il a permis, plus précisément en ce qui concerne le diagnostic des tumeurs bronchiques.

- ensuite inversant le point de vue nous reprendrons, à partir des cancers bronchiques dépistés, l'étude des symptômes qui les ont manifestés.

- et nous tenterons ensuite, en rapportant entre eux :

1°) les signes cliniques

2°) les signes endoscopiques

3°) les résultats des prélèvements bronchiques

4°) l'histologie tumorale

5°) les indications thérapeutiques et leurs
résultats

6°) l'évolution

de préciser les meilleures conditions d'un diagnostic précoce et les possibilités d'orientation de la thérapeutique médico-chirurgicale.

I - INDICATIONS GENERALES

A) La bronchoscopie a été pratiquée au cours d'une affection déjà diagnostiquée.

Dans un tiers des cas environ, (180 fois soit 33,1 %) la bronchoscopie a été pratiquée lors d'une affection broncho-pulmonaire déjà connue (tuberculose, suppuration obstruction ou encombrement bronchique par corps étrangers ou par sécrétions).

Le diagnostic étant posé à partir d'éléments cliniques, radiologiques, ou bactériologiques, l'endoscopie bronchique est utilisée soit pour préciser le diagnostic, soit comme traitement. Cependant même dans cette éventualité il peut arriver certes, exceptionnellement (2 fois sur 180 cas soit 1,1 %) que la bronchoscopie :

a) revèle une association morbide : ici cancer greffé sur une tuberculose .

Observation N° 265 Mr. G. 53 ans tuberculeux pulmonaire traité par une thoracoplastie droite en Octobre 1954 apparemment efficace revient dans le service en Aout 1956 pour des hémoptysies. La radiographie pulmonaire montra une opacification massive du lobe supérieur droit sous la thoracoplastie. On pense à une atélectasie en rapport avec une lésion bronchique sténosante. Mais à la bronchoscopie on a la surprise de découvrir une grosse masse bourgeonnante obstruant complètement le tronc souche droit et infiltrant la portion postéro-inférieure de la trachée.

La biopsie et l'examen histologique des sécrétions révèlent un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire.

La radiothérapie n'eut aucune influence sur l'évolution du processus néoplasique qui s'effectua en quelques mois vers la cachexie avec délire confusionnel évoquant des métastases cérébrales.

b) réforme le diagnostic :

Observation N° 169 Mr. S. 40 ans instituteur, dépisté par les services scolaires, porteur d'une cavité apicale inférieure gauche, est adressé dans le service avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Mais tous les examens bacillo-scopiques demeurent obstinément négatifs. La cuti-réaction tuberculinique est légèrement positive. La V.S. globulaire est nettement accélérée 28-60. L'hémogramme montre une lymphocytose avec polynucléose. L'exploration étant purulente, hémoptoïque et parfois fétide, on réforme le diagnostic pour celui d'abcès du poumon. Une bronchoscopie est pratiquée pour préciser l'état de la bronche de drainage. On est très surpris de trouver à l'entrée du tronc-souche gauche une infiltration ligueuse et sténosante de la paroi bronchique, ne permettant même pas au bronchoscope de redresser la courbure et d'atteindre l'orifice lobaire supérieur. La pince à biopsie peut cependant être introduite mais heurte rapidement un obstacle invisible dont on peut détacher quelques fragments. L'histologiste répond : épithélioma malpighien indifférencié. La présence de petits ganglions sus-claviculaire, d'un nodule de la commissure gauche de l'épiglotte, fera récuser l'indication opératoire et le malade décédera dans les trois mois.

Il est évident que de telles découvertes demeurent très rares, mais si l'on ne peut systématiquement soupçonner un cancer bronchique derrière tout syndrome broncho-pulmonaire, nous verrons plus loin que certains symptômes sont avec une telle fréquence la manifestation d'une néoplasie bronchique, qu'ils appellent, même confondus dans un ensemble morbide apparemment bien défini, une bronchoscopie. Tel est le cas ici de l'hémoptysie avec signes d'obstruction bronchique et de la suppuration broncho-pulmonaire chez un sujet de 40 ans et plus.

B) La bronchoscopie a été pratiquée comme examen de dépistage

363 fois sur 543 examens, soit dans 66,9% des cas, l'indication de la bronchoscopie a été posée au cours d'une affection de diagnostic encore imprécis, parce qu'un ou plusieurs signes ont attiré l'attention sur le système bronchique.

Ces symptômes d'une pathologie bronchique ont été de trois ordres :

- 1°) un syndrome bronchique fonctionnel : 120 cas soit 33,1%
- 2°) une hémoptysie : 97 cas soit 26,7%
- 3°) une image radiologique anormale : 146 cas soit 40,1%

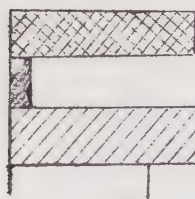
Première indication :

Syndrome bronchique fonctionnel clinique

Nous groupons sous cette appellation trois symptômes qui nous semblent pathognomoniques d'une atteinte bronchique :

- la toux, qui peut-être rare et sèche, ou quinteuse et productive
- l'expectoration, muqueuse ou muco-purulente
- le râle sonore ou wheezing, très caractéristique surtout dans le décubitus et qui traduit une diminution du calibre bronchique.

Les résultats de l'exploration bronchoscopique sont schématisés dans le tableau ci-dessous.



Tuberculose 24 (20 %)

Cancer 2 (1,6 %)

Bronchite banale 73 (60,8 %)

Examens négatifs 21 (17,5 %)

Deuxième indication :

Hémoptysie (97 cas 26,7 %)

- 1°) Hémoptysie isolée, sans anomalie radiologique : 51 cas soit 52,6%



Bronchite 37 (72,5 %)

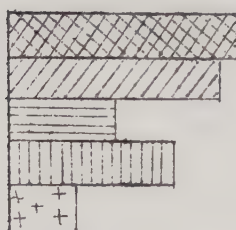
Tuberculose 5 (10 %)

Télangiectasie 1 (1,9 %)

Cancer 1 (1,9 %)

Examens négatifs 7 (13,6 %)

2°) Hémoptysie avec anomalies radiologiques : 46 cas soit 47,4%



Bronchite 13 (28,2 %)

Cancer 12 (26,08 %)

Tuberculose 7 (15,2 %)

Suppuration 10 (21,7 %)

Examens négatifs 5 (10,8 %)

Troisième indication : Image radiologique avec ou sans signes bronchiques

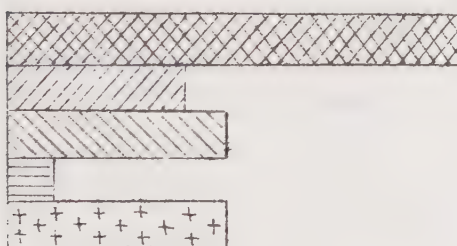
(146 cas soit 40,1 %)

Dans les 146 cas groupés dans cette catégorie, la bronchoscopie a été pratiquée soit parce que l'image radiologique évoquait une pathologie bronchique soit parce que l'on a pensé que la bronchoscopie pouvait aider à préciser un diagnostic incertain.

Les images radiologiques ayant motivé la bronchoscopie peuvent se ramener à 4 types :

1°) Images suspectes de tuberculose : (22 cas soit 15,6%)

(nodules, infiltrat., cavité, pleurésie)



Tuberculose 10 (45,4 %)

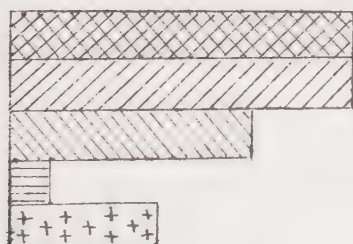
Cancer 3 (13,6 %)

Bronchite 4 (18,1 %)

Sarcoïdose 1 (4,5 %)

Examens négatifs 4 (18,1 %)

2°) Atélectasie (opacité rétractile systématisée lobaire ou segmentaire ou emphysème segmentaire qui a la même signification pathologique 34 cas soit 23,2 %)



Tuberculose 11 (32,3 %)

Cancer 11 (32,3 %)

Suppuration 7 (20,5 %)

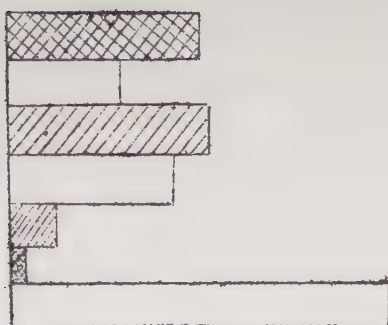
Corps étrangers 1 (2,9 %)

Examens négatifs 4 (11,7 %)

3°) Condensation parenchymateuse

Nous avons groupé sous cette dénomination, toutes les images pulmonaires (73 soit 50%) - n'étant pas des atélectasies, c'est-à-dire n'évoquant pas nettement un défaut de ventilation segmentaire

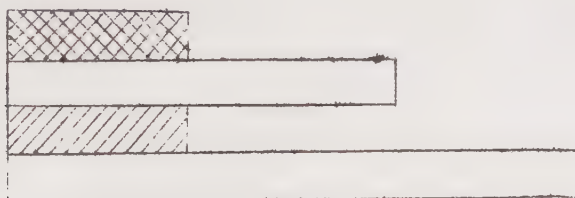
- n'ayant pas un aspect tumoral
- non suspectes de tuberculose



Tuberculose	14	(19,1 %)
Cancer	5	(6,8 %)
Bronchite	14	(19,1 %)
Suppuration	11	(15,06 %)
Pneumoconiose	3	(4,1 %)
Mycose	2	(2,7 %)
Examens négatifs	24	(32,8 %)

4°) Image tumorale

L'image radiologique constituée d'une opacité arrondie dense, homogène, localisée dans le médiastin, la région hilare ou en plein parenchyme, évoquait une tumeur dans 17 cas soit 11,6%



Tuberculose	2	(11,7 %)
Cancer	5	(29,4 %)
Bronchite	2	(11,7 %)
Examens négatifs	8	(47,05 %)

Interprétation des résultats.

1°) Si le syndrome fonctionnel bronchique isolé traduit le plus souvent (60,8%) une bronchite banale, infectieuse, toxique ou allergique, moins fréquemment une atteinte bronchique tuberculeuse (20%), il est malheureusement exceptionnel de découvrir un cancer bronchique au stade où il ne s'exprime que par des signes fonctionnels (1,6%). On peut penser que sa latence initiale est durable et que son expression clinique suggestive ne précède guère sa traduction radiologique. Malgré la rareté du diagnostic à ce stade il convient néanmoins d'avoir toujours présent à l'esprit que le cancer bronchique peut avoir à son tout début, surtout dans les processus d'évolution intra-murale ou endo-bronchique, une expression fonctionnelle bronchique pure

2°) Les hémoptysies sans anomalies radiologiques pour les mêmes raisons, ne révèlent que rarement un cancer bronchique (1,9%) L'hémoptysie n'en est donc pas un signe précoce. Par contre le cancer apparaît comme un des grands responsables des hémoptysies apparemment non tuberculeuses, s'accompagnant d'une anomalie radiologique: (26,08%).

3°) Images radiologiques avec ou sans signes bronchiques .

Les bronchoscopies pratiquées dans cette catégorie d'indication montrent que le cancer bronchique peut tout simuler

- images suspectes de tuberculose (nous détaillerons plus loin ces 3 observations) 13,6%

- condensations parenchymateuses polymorphes 6,8% .

Mais ce sont surtout l'atélectasie : 32,3% et l'opacité tumorale (29,4%) qui semblent être les traductions radiologiques de prédilection du cancer bronchique.

II - SEMIOLOGIE GENERALE

A - Signes ayant conduit à la bronchoscopie

Nous venons de voir que l'indication de la bronchoscopie qui a permis le diagnostic de nos 39 cas de cancer bronchique a été posé sur 3 ordres de symptômes :

1°) Un syndrome bronchique fonctionnel, à l'exclusion de tout signe radiologique, permet 2 fois sur les 39 cas de faire le diagnostic endoscopique d'un cancer bronchique : soit seulement dans 5,12% des cas. Le début purement clinique du cancer bronchique, ou tout du moins son diagnostic à ce stade, est donc exceptionnel

OBS N° 22 : Mr. G. 48 ans vient consulter pour des manifestations dyspnéiques asthmatiformes d'installation récente, à la suite d'un épisode infectieux bronchique. On ne relève aucun antécédent de sensibilisation cutanée, respiratoire ou digestive, pas de prédispositions bronchiques.

L'examen radiologique ne montre qu'une légère accentuation congestive péribronchovasculaire dans les régions hilaires, banale à la suite d'un incident infectieux et inflammatoire bronchique.

Cependant on remarque accolée au flanc droit de la trachée, dans la région sus-hilaire, une grosse calcification ganglionnaire. Pensant que cette calcification peut constituer une épine irritative responsable des manifestations dyspnéiques spasmodiques, on recherche à la bronchoscopie des signes de compression ou d'érosion de la muqueuse trachéale. Mais l'aspect de la trachée est absolument normal. On contrôle rapidement l'axe bronchique droit, également normal, mais à gauche, on a la surprise de découvrir, à l'origine de la bronche-lobaire inférieure, immédiatement au dessous de l'orifice lobaire supérieur, une petite tumeur lisse, rose, régulièrement arrondie, saignant facilement au contact.

L'examen histologique du fragment biopsé précise qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique. Une pneumonectomie gauche élargie, avec ablation de la plèvre médiastine, de la chaîne du phrénique du péricarde est réalisée dans de bonnes conditions. La chaîne récurrentielle n'est pas envahie. L'examen de la pièce montre une tumeur végétante pariéto-bronchique, du carrefour des bronches lobaires. La tumeur englobe en arrière les ganglions de voisinage de la scissure, formant une masse qui entoure l'artère pulmonaire sans l'envahir.

Les suites opératoires sont simples. Un épanchement séro-hématique vient bloquer la cavité hémithoracique droite. L'état du malade reste excellent pendant six mois. Puis apparaissent des métastases vertébrales et cérébrales et une cachexie progressive qui aboutit à l'exitus, neuf mois après l'intervention.

Dans le 2^{ème} cas dont l'observation est malheureusement incomplète quant à l'histologie

OBS N° 196 Mr. T. 45 ans avait été admis dans le service pour une toux d'irritation incoercible, survenant par quintes surtout au moment des repas. L'amaigrissement était important et rapide, l'image radiologique pulmonaire normale.

La bronchoscopie montre une infiltration granuleuse du tiers inférieur de la trachée avec un orifice fistuleux de la face postérieure membraneuse, au niveau de l'orifice du tronc souche gauche.

La contre épreuve par examen baryté de l'oesophage réalisa une véritable bronchographie objectivant l'existence d'une fistule oesophago-trachéale.

Le malade décéda rapidement dans un tableau de cachexie.

Le prélèvement histologique fut égaré si bien que l'on ne peut savoir s'il s'agissait d'un cancer oesophagien ayant envahi la trachée ou d'un cancer trachéal avec fistulisation oesophagienne secondaire.

2°) L'hémoptysie (13 fois soit dans 1/3 des cas, 33,3%) est donc une manifestation clinique relativement fréquente du cancer bronchique. Toujours impressionnante pour le malade elle est une indication de choix de la bronchoscopie, facilement acceptée en l'occurrence.

a) 12 fois soit dans 92,30% des cas, l'hémoptysie révélatrice du cancer bronchique, s'accompagnait d'une image radiologique:

1 fois (8,3%) il s'agissait d'une atelectasie

8 fois (66,6%) d'une condensation péri-lobaire

3 fois (25%) d'une image tumorale

b) exceptionnellement (1 cas soit 1,6%) l'hémoptysie a été le seul signe clinique sans image radiologique suspecte. La bronchoscopie ne montre d'ailleurs aucune autre anomalie bronchique, qu'un état inflammatoire de la bronche lobaire inférieure, et l'on avait conclu à une bronchite hémorragique segmentaire chez un hypertendu. Mais c'est l'examen histologique des sécrétions bronchiques qui révéla des cellules néoplasiques avec monstruosité nucléaires évoquant un épithélioma à petites cellules.

L'hémoptysie isolée ne semble donc pas être un signe précoce du cancer bronchique. Lorsque la tumeur saigne elle a déjà une traduction radiologique.

3°) Une image radiologique anormale accompagnée ou non de signes bronchiques est en définitive la façon la plus fréquente (24 fois soit dans 61,5% des cas) par laquelle le cancer bronchique se laissera soupçonner - et qui motivera la bronchoscopie.

Ce pourra être :

a) une image suspecte de tuberculose : 3 cas 12,5%

1) pseudo caverne tuberculeuse, en réalité abcès pulmonaire développé en amont de la sténose tumorale Obs 169 déjà rapportée

2) une image micro nodulaire disséminée de carcinomatose Obs N° Melle B. 19 ans adressée dans le service avec le diagnostic de tuberculose micro nodulaire diffuse des deux champs pulmonaires. Mais toutes les recherches bactériologiques ainsi que tous les tests tuberculiniques demeurèrent négatifs. Les hypothèses de maladie de B.B.S. et surtout de mycose, en raison d'une surinfection passagère de l'expectoration au furent soulevées. Mais tous les examens s'avérèrent infructueux y compris la bronchoscopie avec biopsie et prélèvements de sécrétions.

L'évolution fut foudroyante et la cachexie s'installa rapidement en même temps que l'on notait débordant largement le grill costal, un foie volumineux, bosselé par de multiples noyaux indurés. Nous avons pensé que

cette évidente métastase cancéreuse hépatique pouvait être secondaire à une carcinomatose pulmonaire.

3) Une pleurésie hémorragique

b) Une image évoquant un trouble de ventilation : 11 cas 45,8%

10 atélectasies : opacité rétractile 6 fois lobaire

3 fois segmentaire

1 fois totale intéressant tout le poumon

De diagnostic facile lorsqu'elle siège en plein parenchyme (lobe supérieur ou segment dorsal et ventral supérieur, lobe moyen) l'atélectasie peut poser des problèmes plus délicats quand elle intéresse des segments qui, rétractés, viennent se confondre avec le médiastin (segment apical supérieur et inférieur) avec l'ombre cardiaque (segments infra-cardiaques, lingua) avec le diaphragme (segments basaux)

Les signes physiques sont ceux de la pleurésie, matité, souffle expiratoire, pectoriloquie aphone sauf un, qui permet le diagnostic clinique : la persistance de la transmission des vibrations vocales.

Le wheezing ou râle sonore intense, se manifestant avec prédilection en décubitus, est alors très fréquent, traduisant la diminution du calibre bronchique.

Radiologiquement le déplacement médiastinal inspiratoire vers le côté où siège l'atélectasie, l'hyperclarté relative du parenchyme environnant sont également d'excellents signes.

L'emphysème segmentaire qui comme l'atélectasie traduit une obstruction bronchique, mais partielle, réalisant un mécanisme à soupape : perméabilité bronchique inspiratoire, sténose complète expiratoire emprisonnant l'air dans le territoire broncho-pulmonaire en amont. Radiologiquement l'hyperclarté expiratoire du segment intéressé tranchant sur l'obscurcissement normal des zones environnantes, le balancement médiastinal expiratoire vers le côté sain, sont des signes caractéristiques.

c) Une condensation parenchymateuse non systématisée : 5 cas 20,8%

Les opacités complexes siègent le plus souvent dans les régions lobaires et para lobaires, c'est-à-dire au niveau des troncs bronchiques principaux. Elles traduisent l'envahissement des gaines péribronchiques et des ganglions pariéto-bronchiques par le processus néoplasique, ce qui explique les aspects radiologiques classiques en pattes de crabe, en ailes de papillon.

d) Une image tumorale : 5 cas 20,8%

Image arrondie, dense, bien limitée, siégeant en plein parenchyme en cas de cancer bronchique distal, ou débordant des ombres hilaires en cas de tumeur des gros troncs bronchiques. Ces images traduisent souvent une évolution surtout extra-bronchique de la tumeur et nous verrons plus loin combien leur diagnostic endoscopique et histologique peut-être souvent difficile.

Tableau récapitulatif

5,1%	Syndrome bronchique fonctionnel			
33,3%	Hémoptysie	Rg=0	7,6%	
				Atélectasie 8,3%
		Rg=+	92,3%	Condensation 66,6%
61,5%	Image radiologique anormale			Image tumorale 25 %
				suspecte tuberculose 12,5%
				Atelectosie 45,8%
				Condensation 20,8 %
				Image tumorale 20,8%

B - Signes secondaires

Ces symptômes majeurs qui emportent la décision d'une bronchoscopie ne résument pas à eux seuls l'expression clinique du cancer bronchique. Autour d'eux se trouve groupé un ensemble variable de signes secondaires dont la conjonction dessine une physionomie clinique souvent assez caractéristique pour laisser pressentir le diagnostic.

Ceux-ci sont de plusieurs ordres et retrouvés avec des fréquences très variables.

1°) Signes généraux

- amaigrissement : souvent précoce et rapide, amenant à lui seul le malade à consulter .
Il est retrouvé 28 fois sur les 39 cas soit dans 71,7% des cas .
- asthénie : en général liée à l'amaigrissement, mais pouvant se manifester précocement seule . 31 fois soit dans 79,4% des cas .
- Fièvre : elle semble beaucoup plus en rapport avec des manifestations de surinfection bronchique, qu'avec des phénomènes toxiques spécifiques ou évolutifs 18 fois soit dans 46,6% des cas
- teint terreux : Le faciès mat, jaune grisâtre nous a paru assez caractéristique, nous l'avons remarqué 19 fois soit dans 48,7% des cas

2°) Signes fonctionnels

- douleurs : elles sont très inconstantes et ne peuvent pas laisser préjuger de l'importance et du degré d'évolution du processus tumoral. 13 fois soit 33,3% des cas .
- dyspnée : elle est directement liée à l'obstruction bronchique et à l'importance du territoire atélectasié ou hypoventilé. Nous l'avons observée 3 fois lors de paralysie phrénique avec blocage ou respiration paradoxale d'une hémicoupole 29 fois soit dans 74,3% des cas
- parésie récurrentielle : avec troubles de la phonation, dans les tumeurs envahissant le carrefour lobaire supérieur gauche 5 fois, soit dans 12,8% des cas
- Syndrome de Pancoast et Tobias : associant un syndrome de Claude Bernard Horner à des manifestations d'irritation du plexus brachial (douleur, parésies), il traduit souvent une tumeur de l'apex pulmonaire. Nous l'avons observé dans un cas d'atélectasie du segment apical vrai avec sans doute envahissement médiastinal. 1 fois soit dans 22,5 % des cas.

3°) Signes physiques

L'auscultation, la palpation et la percussion sont peu caractéristiques et conditionnés par l'état bronchique (sifflement ou bruit de soupape dans l'obstruction râle de stase, etc...) Nous avons dit l'importance que nous attachions à la transmission des vibrations vocales dans le diagnostic différentiel entre l'atélectasie et la pleurésie.

La recherche des adénopathies, doit par contre être systématique car la découverte d'un envahissement lymphatique cervical (19 : 48,7%) ou sus-claviculaire (5 : 12,8%) qui peut être homolatéral (20 fois) ou contro-latéral (3 fois) retentit fâcheusement sur le pronostic et doit faire récuser l'indication opératoire.

4°) Signes radiologiques

- Balancement médiastinal : inspiratoire vers le côté malade dans l'atélectasie, expiratoire vers le côté sain dans l'emphysème segmentaire, il traduit essentiellement une diminution de calibre bronchique. Nous l'avons observé 24 fois soit dans 61,5% des cas.
- Respiration diaphragmatique paradoxale ou le signe de Kien-Boeck, l'hémicoupe diaphragmatique du côté malade s'élève à l'inspiration au lieu de s'abaisser normalement comme du côté sain. Ce phénomène est bien mis en évidence par l'épreuve du humage nasal répété. Il rend compte d'une parésie-phrénique par compression ou envahissement néoplasique.

Nous l'avons noté 3 fois soit dans 7,6% des cas

Emphysème segmentaire : très évocateur d'une obstruction bronchique à soupape, nous le rangeons cependant dans les signes radiologiques secondaires du fait de sa rareté : 1 cas soit 2,5%

Bronchographie : elle est d'une maigre utilité dans le diagnostic des cancers bronchiques. Les images les plus caractéristiques sont données par les tumeurs des gros troncs

lesquels sont également facilement accessibles à l'investigation autrement plus fertile de l'endoscopie . Elle devrait théoriquement avoir plus d'interêt dans le dépistage des tumeurs bronchiales distales, mais les images sont alors d'interprétation difficile: aspect en défilé, en "stop" d'ailleurs nullement pathognomoniques d'une sténose ou d'une obstruction tumorale et se rencontrent souvent lors de simples bronchites segmentaires, ou même simplement dans des bronches encombrées de sécrétions.

5°) Signes biologiques. La comparaison des hémogrammes pratiqués à nos malades n'a pas permis de relever d'anomalies suffisamment fréquentes pour pouvoir être considérées comme pathognomonique. Une légère anémie hypochrome est banale surtout dans les cancers déjà avancés avec atteinte de l'état général.

Une lymphocytose avec polynucléose traduit seulement une surinfection bronchique associée. L'éosinophilie signalée par certains auteurs, nous a paru si rare et si peu caractéristique (sur 30 hémogrammes 6 fois au dessus de 5%, 2 fois seulement au dessus de 10%), qu'elle ne nous paraît pas devoir être retenue, pouvant sans doute s'expliquer comme la manipulation d'un conflit allergique dont le cancer bronchique ne serait que très indirectement responsable.

La vitesse de sédimentation globulaire nous a semblé par contre d'un intérêt plus pratique. Nous avons confronté les résultats de 20 examens pratiqués lors de la première consultation

V.S. Normale	Sup 12	: 4 cas	soit 20 %
" douteuse	12/20	: 4 "	" 20%
" accélérée	20/40	: 6 "	" 20%
" " ++	sup 40	: 6 "	" 20%

Dans la catégorie des vitesses de sédimentation normales ou douteuses c'est-à-dire inférieures à 20 mm à la 1ère heure, nous trouvons un adénome et 5 cas où la bronchoscopie n'a pu apporter la preuve du cancer et où l'histo-

logie a été négative, en somme des preuves de faible malignité ou à un stade évolutif peu avancé. Les cas où la vitesse de sédimentation est nettement accélérée concernent par contre :

- des formes hautement évolutives, avec décès en quelques semaines ou des formes déjà très avancées (présence de métastases)

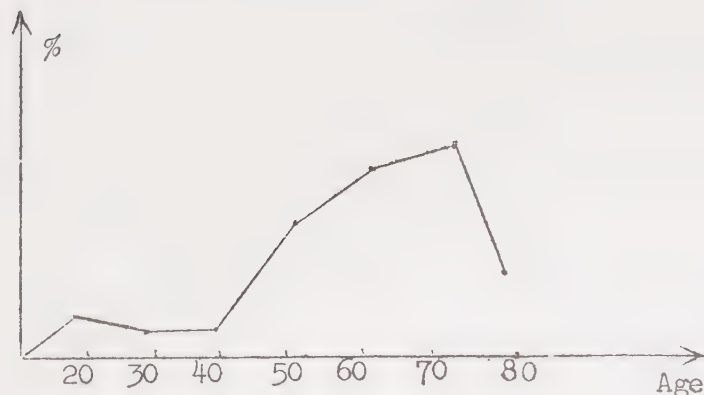
Or 3 cas d'épithéliomas à petites cellules qui ont, à juste titre mauvaise réputation, avaient une vitesse de sédimentation supérieure à 40.

- des tumeurs compliquées de troubles de ventilation, ou d'engouement et surinfection bronchique. L'élément inflammatoire et infectieux nous paraît en l'occurrence avoir la plus grande responsabilité, et peut être invoqué dans la plupart des cas où la vitesse de sédimentation est franchement accélérée : 9 fois sur 12.

C- Age et Sexe

Nos 39 cas de cancer bronchique dépistés se répartissent de la façon suivante

- 35 hommes : soit 89,7%
- 4 femmes : soit 10,2%
- moins de 20 ans : 2 : 5,1%
- de 20 à 29 ans : 1 : 2,5%
- de 30 à 39 ans : 1 : 2,5%
- de 40 à 49 ans : 7 : 17,9%
- de 50 à 59 ans : 11 : 28,2%
- de 60 à 69 ans : 12 : 30,7%
- de 70 à 79 ans : 5 : 17,8%



Nos chiffres ne font que confirmer ces deux faits bien connus :

- le cancer bronchique est l'apanage de l'homme
- il survient avec prédilection après 40 ans, sa plus grande fréquence se situant entre 60 et 70 ans.

Deux remarques doivent être faites :

- d'une part sur le pourcentage légèrement plus élevé des cancers au dessous de 20 ans. Nos deux cas concernaient tous deux des jeunes filles, présentant des formes lentement évolutives d'un processus malin qui n'était pas un cancer bronchique pur : le premier paraissait avoir une origine initiale médiastinale, le second a du être une carcinomatose diffuse.
- D'autre part la diminution du nombre des épithéliomas bronchiques après 70 ans peut être en rapport avec la réduction démographique normale.

D- Sémiologie endoscopique

1°) Schématiquement il nous apparait que nos constatations endoscopiques ont été de trois ordres:

- formation tumorale : nettement individualisée 20 soit 51,2%
 - bourgeonnante en choux-fleur 15
 - lisse en cerise 5
- infiltration de la muqueuse, diffuse, polymorphe, lisse ou granuleuse, sténosante ou non 15 soit 38,4%
- aspect normal : 4 soit 10,2%

En outre l'observation d'un des caractères particuliers de la physiologie bronchique, nous a semblé pleine d'intérêt : il s'agit de la mobilité bronchique. Cette transmission au canal bronchique des mouvements respiratoires est surtout sensible au niveau de la paroi postérieure membraneuse, mais intéressent également l'axe cartilagineux qui s'expand légèrement à l'inspiration et se resserre à l'expiration.

La bronche possède également une certaine souplesse longitudinale qui pour un opérateur exercé s'apprécie à la façon dont se transmettent les battements des gros vaisseaux, notamment à gauche, et à la sensation que procure la pénétration du tube et le redressement des conduits bronchiques.

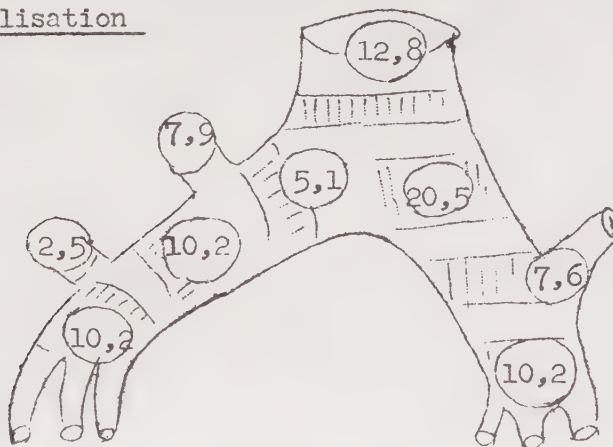
Nous avons trouvé cette mobilité :

- abolie 26 fois soit dans 66,6% des cas
- diminuée 4 fois soit dans 10,2% des cas
- conservée 5 fois soit dans 12,8% des cas
- elle n'a pas été notée 4 fois soit dans 10,2% des cas

Cette rigidité bronchique, cet aspect pétrifié est certainement un excellent signe d'envahissement néoplasique de la péribronche et en l'absence de formation tumorale visible ou d'infiltration caractéristique de la muqueuse, elle représente un élément de suspicion important.

Dans nos 4 cas où l'état de la muqueuse bronchique était normal nous avons noté 3 fois un aspect figé.

2°) Localisation



Le schéma ci-dessus donne en pourcentage la fréquence de localisation : de nos cancers bronchiques :

- Trachée : 5 cas : 12,8%
- Arbre bronchique droit : 18 cas soit 46,1%

se répartissant :

tronc souche 2 : 5,1%

bronche lobaire sup : 7 : 17,9%

bronche intermédiaire : 4 : 10,2%

bronche lobaire moy : 1 : 2,5%

bronche inférieure : 4 : 10,2%

- Arbre bronchique gauche 25 cas 38,4%

se répartissant :

Tronc souche 8 : 20,5%

Bronche lobaire sup. 3 : 7,6 %

Bronche lobaire inf. 4 : 10,2 %

- carcinomatose diffuse : 1 cas.

On peut remarquer la fréquence plus grande de l'atteinte bronchique droite, signalée dans presque toutes les statistiques. La topographie de la bronche principale droite en prolongement presque direct de la trachée l'expose plus particulièrement à la pénétration et à l'action irritante des gaz, vapeurs ou poussières inhalées. Peut-on voir là une explication ?

Par contre les localisations dans le tronc souche gauche paraissent plus fréquentes que dans le tronc souche droit. La longueur presque triple du tronc souche gauche en est sans doute une raison. Au contraire la brièveté du tronc souche droit ne permet pas toujours de bien situer l'origine du processus tumoral qui semble souvent pouvoir être rapporté à l'orifice lobaire supérieur d'où le pourcentage relativement élevé (17,9%) du cancer de la bronche lobaire supérieure. Cette difficulté de localisation précise du cancer bronchique surtout pour les formes infiltrantes diffuses tient au caractère souvent tardif de sa mise en évidence à un stade où l'envahissement néoplasique a déjà gagné les bronches lobaires ou le tronc principal. Ceci peut expliquer également l'extrême rareté de la découverte du cancer dans les bronches segmentaires, compte tenu de leur moindre accessibilité à l'endoscopie malgré les progrès des optiques et des techniques du prélèvement histologique.

- Prélèvements

- Lors de tous nos examens, il a été pratiquée une biopsie soit directement sur la tumeur, soit sur une portion

de muqueuse anormale, soit sur l'éperon d'une bronche infectée, ou à "l'aveuglette" avec la fraise de Rose dans une bronche segmentaire directement accessible. Irrégulièrement au début, systématiquement maintenant nous effectuons également un prélèvement des sécrétions avec fixage immédiat pour examen cytologique.

- 27 fois (69,2%) la biopsie a été positive confirmant le cancer

- 12 fois (30,7%) elle a été négative, ne montrant pas d'anomalies histologiques caractéristiques

Sur 34 prélèvements de sécrétions pratiqués

- 17 fois (50%) l'examen s'est révélé positif

- 4 fois (11,7%) douteux

- 13 fois (38,2%) négatif

Plus intéressante est la confrontation des résultats des deux techniques associées :

-15 fois soit dans 46,01% des cas, il y en concordance entre les résultats positifs de la biopsie et des sécrétions
B : +.S : +

-4 fois (10,2%) la biopsie fut positive alors que l'examen des sécrétions fut négatif : B:+.S:0

-2 fois (5,1%) la biopsie fut négative et les sécrétions positives : B:0.S:+

-9 fois (23%) biopsie et sécrétions furent ensemble négatives : B:0.S:0

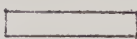
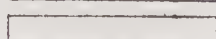
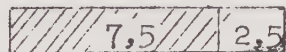
- 4 fois (10,2%) l'examen des sécrétion fut douteux, montrant des cellules suspectes, sans que puisse être affirmée pour autant leur nature cancéreuse. Ces 4 prélèvements douteux s'accompagnaient

- 3 fois d'une biopsie positive

- 1 fois d'une biopsie négative

5 fois (12,8%) la biopsie fut positive alors qu'il n'avait pas été pratiqué de prélèvement de sécrétions.

TABEAU RECAPITULATIF

B : +		} 45,01%
S : +		
B : +		} 10,2%
S : 0		
B : 0		} 5,1%
S : +		
B : 0		} 23%
S : 0		
B : +		} 10,2%
S : +		

Résultats globaux

B : +	69,2%	B : 0	30,7%
S : +	50%	S : +	11,7%
		S : 0	38,2%

Si, comme l'on pouvait s'y attendre, la biopsie a nettement la plus grande sensibilité, il faut attacher néanmoins la plus grande importance aux 5,1% des cas où la biopsie étant négative, l'examen cytologique des sécrétions bronchiques révéla des cellules cancéreuses. Ce fait justifie à nos yeux la pratique systématique du prélèvement de sécrétions, même lorsque la biopsie paraît porter sur la tumeur ou sur une muqueuse notoirement remaniée

De plus si l'on ajoute au 50% de prélèvements cytologiques positifs, les 11,7% des cas suspects, on arrive à un chiffre global de réponses valables (61,7%) qui n'est plus tellement éloigné du rendement de la biopsie.

5 - Anatomo-pathologie.

9 fois, biopsie et prélèvement des sécrétions furent négatifs c'est-à-dire que nous n'avons pu obtenir la confirmation histologique que 30 fois sur nos 39 cas de cancer bronchique; Nous avons cependant incorporé ces 9 cas dans notre statistique parce que l'aspect endoscopique était souvent assez évocateur, mais surtout

parce que l'évolution a par la suite confirmé le diagnostic. De plus dans 1 cas, alors que biopsie et sécrétions bronchiques s'étaient montrés négatives nous avons pu poser un diagnostic positif par examen d'un ganglion prélevé dans le creux sus-claviculaire ce qui porte à 31 le nouveau nombre des cas histologiquement définis soit 79,4%.

La répartition histologique a été la suivante

- épithéliomas malpighiens : 17 54,8%
- épithéliomas cylindriques : 6 19,3%
- épithéliomas glandulaires : 1 3,2%
- épithéliomas à petites cellules : 3 9,6%
- épithéliomas indifférenciés : 3 9,6%
- adénomes : 1 3,2%

Les épithéliomas malpighiens (surtout spino-cellulaires, plus rarement intermédiaires ou baso-cellulaires) sont de loin les plus fréquents. Nous ne cachons pas les difficultés de la distinction entre les épithéliomas cylindriques et épithéliomas glandulaires, surtout dans les formes intermédiaires. C'est pourquoi nous n'avons rangé dans la rubrique "épithélioma glandulaire" qu'un seul cas dont la disposition uniquement acineuse, ne permettait pas le doute sur sa nature d'adéno-carcinome. Nous avons appelé "adénome" faute de meilleur terme "l'épistome" ou "l'épithélioma à stroma remanié et à évolution lente" de certains auteurs.

III - CONFRONTATION

CLINIQUE, RADIOLOGIQUE, ENDOSCOPIQUE et HISTOLOGIQUE

.INCIDENCES SUR LA THERAPEUTIQUE ET L'EVOLUTION

Dès que l'examen clinique d'un malade a permis de suspecter un cancer bronchique, plusieurs questions se posent immédiatement à la science et à la conscience du médecin peu avant qu'il n'ait à y répondre devant la famille.

- peut-on prévoir l'extension et l'évolutivité du processus tumoral ?
- Le malade est-il opérable ?
- Peut-on avancer un pronostic ?

Les éléments de jugement étant apportés par les symptômes cliniques et radiologiques, les constatations endoscopiques et les précisions histologiques, c'est en confrontant ces différentes données entre elles et en les rapportant à une expérience du traitement et de l'évolution des cancers bronchiques, que l'on peut tenter de dégager non pas des principes obsolus mais certains courant de probabilité, permettant d'orienter les indications thérapeutiques et le pronostic.

Nous nous sommes essayés à ces rapprochements :

1°) Indications de la Bronchoscopie et Age

1°) Indications de la Bronchoscopie et Age

Age	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
1 Syn. Bronch. Fonct.				2(100%)			
2 Hémoptysie		1(7,6%)			6(46,1%)	4(38,7%)	2(15,3%)
3 Image Radio.anormale							
- Suspecte de Tuberculose	1(33,3%)			2(66,6%)			
- Atélectasie			1(9,09%)	3(27,8%)	2(18,1%)	2(18,1%)	3(27,8%)
- Cond.parenchy.					1(20%)	4(80%)	
Image tumorale	1(20%)				2(40%)	2(40%)	

Ce tableau ne porte guère à des constatations valables. On peut remarquer seulement que ce sont surtout les sujets âgés qui présentent un début hémoptoïque, et que chez les jeunes si le cancer est rare il se manifeste le plus souvent par un aspect tumoral évocateur.

2°) Indication de la Bronchoscopie et aspect endoscopique

	Tumeur	Infiltration	Examens
Syndrome bronchique fonctionnel : 2 cas	1(50%)	1(50%)	Négatifs
Hémoptysies : 13 cas	8(61,5%)	4(30,7%)	1(7,6%)
Image radio anormale :			
- suspecte tuberculose : 3 cas	1(33,3%)	2(66,6%)	
- atélectasie : 11 cas	7(63,6%)	4(36,3%)	
- condensation : 5 cas	2(40%)	3(60%)	
- image tumorale: 5 cas	1(20%)	2(40%)	2(40%)

On peut voir ici que lorsqu'il existe cliniquement une symptomatologie particulièrement évocatrice (hémoptysie, atélectasie) on trouve le plus souvent à la bronchoscopie la forme la plus typique du cancer, la tumeur endobronchique.

Les formes d'infiltrations intra-murales ou extra-murales, donnent au contraire des signes batards : condensation et opacité polymorphe.

Si radiologiquement l'image tumorale est du plus haut point pathognomonique, son expression bronchoscopique sera souvent décevante, il est rare en effet de trouver une tumeur bombant dans la lumière bronchique (tumeur en iceberg dont la partie la plus importante s'est développée en dehors de la bronche). Dans la majorité des cas on observe seulement une infiltration de la muqueuse (40%) ou un aspect normal (40%)

3°) Indications de la bronchoscopie et résultats des prélèvements.

	Biopsie:+	Secrétions:+ / ±	Biopsie:0	Secrétions:0
Synd. Bronchi. Fonct: 2 cas	2(100%)	0	0	0
Hémoptysie : 13 cas	9(69,2%)	6(46,1%)	4(30%)	6(46,1%)
Image radio anormale: 24 cas	16(66,6%)	11(45,6%)	5(20,8%)	8(33,3%)
soit :				
-Suspecte de tuberculose 3cas	1(33,3%)	1(33,3%)	2(66,6%)	2(66,6%)
-atélectasie 11 cas	10(90,9%)	5(45,4%)	4(36,3%)	1(9,09%)
-condensation 5 cas	4(80%)	5(100%)	1(20%)	0
-image tumorale 5 cas	1(20%)	0	1(1%)	4(80%)

Ce rapprochement des indications cliniques de la bronchoscopie et des résultats des prélèvements bronchiques permet de constater que les formes se manifestant par une hémoptysie ou une atélectasie et qui donnent le plus fort pourcentage de prélèvements histologiques positifs sont précisément celles où l'on trouve le plus fréquemment à l'endoscopie une tumeur bronchique. La précision du prélèvement en ce cas, et sa meilleure qualité, facilitent le diagnostic histologique.

On peut remarquer également que dans le cas des opacités pulmonaires mal systématisées groupées sous la rubrique "condensation" les résultats des prélèvements de sécrétions sont supérieurs à ceux donnés par la biopsie. Or ce syndrome radiologique comporte à l'endoscopie moins de tumeurs que d'aspects d'infiltrations.

Le tableau suivant montre d'ailleurs éloquemment combien les résultats histologiques sont conditionnés par l'apparence endo-bronchique du processus tumoral.

4°) Aspects endoscopiques et résultats des prélèvements.

	Biopsie +	Secrétions +	Sécrétions ±	Biopsie 0	Secrétions 0
Tumeur 20	17(85%)	10(62,5%)	3(18,7%)	3(15%)	3(18,7%)
Infiltrations 15	10(66,6%)	6(42,8%)	1(7,1%)	5(33,3%)	7(50%)
Aspect normal 4	0	1(25%)		4(100%)	3(75%)

La formation tumorale accessible à l'endoscopie donne les meilleures résultats histologiques. Ceux-ci sont nettement moins bons lorsqu'on ne voit qu'une simple infiltration de la muqueuse. Mais lorsque l'aspect bronchique est normal, seul le prélèvement des sécrétions peut permettre dans 1/4 des cas seulement un diagnostic histologique.

5°) Indications de la Bronchoscopie et histologie

	E. malpighien	ECylindrique	EPetites cellules	EIndéfférencié	Adénome-Gland.
Signes Fonc. 1		1		ou atypique	
Hémoptysie 13	7(53,8%)			1(7,6%)	1(7,6%) 1(7,6%)
Ima. radio 24	10(41,6%)	3(14,5)	2(8,3%)	2(8,3%)	
Sus. Tuber. 3	1(33,3%)				
Atélectasie 11	5(45,4%)	2(18,1%)	1(9,09%)	1(9,09%)	
Condensation 5	4(80%)			1(20%)	
Image tum. 5		1(20%)	1(20%)		

Le type histologique du cancer bronchique ne paraît pas déterminer la symptomatologie, compte tenu du fait que l'épithélioma malpighien est à lui seul plus de la moitié (53,8%) des épithéliomas bronchiques. Il est seulement possible d'avancer très prudemment que l'épithélioma bronchique malpighien paraît particulièrement hémorragique et se complique facilement d'opacité pulmonaire traduisant des manifestations d'engouement et de surinfection bronchique.

6°) Aspects endoscopiques et histologie

E. Malpighien E.Cylindrique E.Petites cellule E.Indif. E.Gland. Adénome/
ou Atypique

Tumeur					
Bourgeonnante 15	11(73,3%)	2(13,3%)		2(13,3%)	
Lisse 3		1(33,3%)		1(33,3%)	1(33,3%)
Infiltration 11	7(63,6%)		2(18,1%)	1(9,09%)	1(9,09%)

Contrairement à la symptomatologie radio-clinique, l'aspect endoscopique du processus néoplasique n'est pas sans rapport avec son type histologique.

Les tumeurs bourgeonnantes en chou-fleur ou muriformes sont le plus souvent la traduction d'un épithélioma malpighien. Par contre jamais celui-ci ne s'est manifesté dans notre série par une tumeur lisse. Cet aspect de tumeur en cerise se répartit très également entre les épithéliomas cylindriques, indifférenciés, et les adénomes.

Plus qu'un aspect morphologique spécifique l'infiltration de la muqueuse paraît traduire surtout une localisation ou un stade évolutif différent. Une évolution extra-murale, une localisation segmentaire inaccessible à l'endoscopie de la tumeur principale sont seulement révélées par l'extension infiltrative aux troncs bronchiques explorables.

On retrouve en effet dans cette catégorie des types histologiques variés, le plus fort pourcentage des épithéliomas malpighiens exprimant seulement la plus grande fréquence globale.

7°) Age et Histologie

E. Malpighien E.Cylindrique E.Pet. Cel. E. Ind. ou Atyp. E.Gland. Adénome

Age	E. Malpighien	E.Cylindrique	E.Pet. Cel.	E. Ind. ou Atyp.	E.Gland.	Adénome
<20 ans			1(100%)			
20 à 29						1(100%)
30 à 39		1(100%)				
40 à 49	3(48,8%)	2(23,5%)				
50 à 59	5(45,4%)	1(9,09%)	1(9,09%)	2(18,1%)	1(9,09%)	
60 à 69	7(58,3%)	1(8,3%)		1(8,3%)		
70 à 79	2(40%)		1(20%)			

L'épithélioma malpighien peut-être le cancer type de l'âge cancérogène il ne fait son apparition dans notre statistique qu'après 40 ans.

L'épithélioma cylindrique, l'épithélioma à petites cellules, l'adénome, sont les seules formes que nous ayons rencontrées chez les moins de quarante ans. Mises à part ces deux constations, il ne nous a pas semblé exister d'autres rapports entre le type histologique et l'âge des malades.

8°) EVOLUTION

L'évolution globale de nos 39 cas de cancers bronchiques observés entre 1950 et 1959 a été la suivante :

- Mortalité: 32 soit 82,05%
- Survie: 5 soit 12,8% dont 2 cas histologiquement douteux
- Sans nouvelles: 2 soit 5,1%

Dans le temps, cette évolution s'est ainsi répartie :

- Les 32 décès sont survenus :
 - pour 24 malades, moins d'1 an après l'établissement du diagnostic: soit dans 61,5% des cas
 - pour les 8 autres entre 1 à 2 ans après le diagnostic: soit dans 20,5% des cas
- Les 5 malades actuellement en vie bénéficient d'un recul:
 - de moins d'un an dans 2 cas
 - de 2 à 3 ans dans 2 cas
 - de plus de 3 ans dans 1 cas

Tous les décès sont survenus en moins de deux ans. Le pronostic est donc très sombre pour les deux cas actuellement vivants avec un recul de moins d'un an. Quel peut-être par contre le pronostic d'avenir pour les 3 malades ayant une survie de plus de 2 ans ? L'analyse de l'évolution de nos cancers bronchiques en fonction de l'histologie et du traitement peut apporter des éléments de réponse.

9°) EVOLUTION ET HISTOLOGIQUE

(17) (6) (3) (3) (2) (1)
E Malpighien E Cylind. E Pet. Cel. E Indif. ou atyp. E Gland. Adéno.

Décés en 1 an:24	II	4	2		1	
" 1 à 2 ans:8	4	1		2		
Vivant 1 an :2	1		1			
" 2 à 3 " :2		1				
" + 3 ans :1						1
Sans nouvel :2	1			1		

64,7% des épithéliomas malpighiens sont décédés dans la première année et la mortalité atteint 88,2% à la fin de la deuxième année. Si l'on considère que le cas vivant a moins d'un an d'évolution et n'est pas opérable, et que le cas perdu de vue avait refusé l'intervention et est vraisemblablement décédé, on peut dire qu'après 2 ans, la mortalité des cas d'épithéliomas malpighiens est de 100%.

La mortalité des Epithéliomas cylindriques a été de 66% au cours de la première année et 83,3% des cas étaient décédés à la fin de la deuxième année.

Le cas vivant depuis 3 ans a subi une lobectomie.

Sur les 3 cas d'épithéliomas à petites cellules, deux seulement ne faisaient aucun doute histologique et ils sont tous deux décédés en quelques mois au cours de la première année. Le troisième cas encore vivant, mais dont la découverte remonte à moins d'un an, est histologiquement douteux, le diagnostic n'ayant été porté que sur un examen cytologique de l'expectoration.

On peut considérer que les 3 cas d'épithéliomas indifférenciés ou atypiques sont décédés après plus d'un an d'évolution. Le malade perdu de vue était encore vivant un an après son dépistage, mais présentait alors des métastases abdominales.

- Le seul cas d'épithélioma glandulaire est décédé en 6 mois
- L'adénome opéré par lobectomie est le seul survivant de plus de 3 ans.
- Notre expérience semble donc montrer que l'épithélioma à petites cellules paraît avoir la plus forte malignité.

L'épithélioma malpighien et l'épithélioma cylindrique sont peut-être à un moindre degré d'un très mauvais pronostic et à relativement courte échéance.

Les épithéliomas indifférenciés ou atypiques, paraissent moins rapidement évolutifs.

10°) TRAITEMENT

a) Traitement chirurgical

La chirurgie d'exérèse étant seule à pouvoir apporter un espoir de guérison, au regard de la thérapeutique la classification des cancers bronchiques s'établit en cas opérables, et en cas non opérables, ceux-ci devenant justiciables des traitements médicaux pour l'instant seulement palliatifs.

L'appréciation de l'opérabilité de nos malades s'est fondée moins sur l'âge que sur l'extension du processus néoplasique.

Les données endoscopiques sont d'interprétation difficile, l'apparence endo-bronchique de la tumeur étant le plus souvent sans rapport avec son importance globale et son extension extra-bronchique.

L'aspect radiologique est plus évocateur, bien qu'il faille tenir compte du fait que la totalité de l'image est loin d'être spécifique, des atelectaises, des condensations par engouement ou surinfection bronchique venant se surajouter à l'opacité proprement tumorale.

Par contre l'envahissement lymphatique soit médiastinal homo ou controlatéral, parfois appréciable sur les radiographies ou les tomographies, soit cervical, a toujours été pour nous un critère de non opérabilité, de même, à fortiori, que l'existence de métastases.

Enfin ce peut-être seulement à thorax ouvert que se jugera en définitive le caractère raisonnable ou non des chances opératoires. Nous n'avons pas opéré de sujets de plus de 60 ans, même lorsque le bilan fonctionnel cardio-respiratoire s'était montré satisfaisant. Par contre, nous avons refusé des sujets plus jeunes lorsque l'intervention, anatomiquement possible, risquait d'entraîner une insuffisance cardio-respiratoire grave.

Sur nos 39 cas de cancers bronchiques nous en avons jugé 8 opérables soit 20,5% :

- 2 ont refusé l'intervention
- 2 ont seulement subi une thoracotomie exploratrice
- 4 ont été opérés (10,2%) - 2 une lobectomie (lobe moyen
(" " + lobe INF;
- 2 d'une pneumonectomie

RESULTATS DES EXERESSES

<u>Observation</u>	<u>Age</u>	<u>Histologie</u>	<u>Intervention</u>	<u>Evolution</u>
N° 22 MrG.	48	ep.cylind.	Pneumonectomie	décès. 14 mois
N° 214 MrG.	25	adénome	Lobectomie	Survie plus de 3 ans
N° 245 Melle R	30	ep.cylind.	"	" " " 2 "
N° 447 MrG.	41	ep.malpig.	Pneumonectomie	décès. 18 mois

Si l'on envisage l'adénome bronchique comme un épithélioma aux frontières de la malignité, on est en droit d'espérer un bon résultat de son exérèse, et une survie de plus de 3 ans peut-être considérée comme raisonnablement attendue. Seule reste donc en définitive comme heureux augure d'un bon résultat, la survie de plus de 2 ans obtenue par lobectomie sur un épithélioma cylindrique. C'est un bien mince succès en regard d'un avenir encore incertain.

b) Traitement Médical

Ce médiocre résultat de la chirurgie consacre cependant sa privauté sur la thérapeutique médicale actuelle dont l'action même palliative est extrêmement réduite. Aucun des cas traités médicalement n'a survécu plus de 2 ans et près des 2/3 sont décédés avant 1 an.

Le traitement médical a toujours comporté de la radiothérapie classique. Nous n'avons aucune expérience personnelle de la radiothérapie de haute énergie au béta-tron, de la télécobaltothérapie, de la mise en place de radio-éléments lors de la thoracotomie, de l'administration endo-bronchique ou intra-veineuse d'or, de phosphore ou de cobalt radio-actif.

Lorsque la radiothérapie est bien tolérée et peut être administrée à doses suffisantes, elle donne souvent immédiatement des résultats appréciables, intéressants:

- l'état général et fonctionnel du malade : détoxication, gain de poids, suppression de la toux et de la dyspnée, parfois reprise de l'activité.

- l'état local broncho-pulmonaire : régression tumorale et des réactions inflammatoires périphériques non spécifiques. Reperméabilisation bronchique avec reventilation des territoires atelectasiés, suppression des manifestations de rétention et de surinfection bronchique.

Mais à partir d'une certaine dose variable d'un sujet à l'autre, il semble que l'on atteigne un palier, au niveau duquel se stabilise l'amélioration. Et nous avons même constaté à plusieurs reprises qu'en cas de nouvelle poussée évolutive, la radiothérapie restait sans effet.

Ses dangers sont surtout d'ordre infectieux et inflammatoire. La prescription d'antibiotiques et de corticoïdes associés nous a paru minimiser les réactions fâcheuses. Les complications hémorragiques sont souvent la conséquence d'un traitement abusif à trop fortes doses.

Nous avons associé systématiquement à la radiothérapie depuis deux ans une chimiothérapie cytostatique par un dérivé azoté de l'ypérite: le $\beta/\beta'/\beta''$ trichloréthylamine (RA2 Lucien), il nous a paru plus maniable et d'administration plus facile que les autres moutardes à l'azote **utilisées auparavant** et notamment que la caryolysine.

L'injection se fait par voie intra-veineuse sans dilution, à doses progressives devant être adaptées aux réactions du malade. Le mouvement thermique avec état nauséux qui suit habituellement l'injection peut être minimisé par la prescription d'anti-histaminiques neurostatiques : phénergan, nautamine, largactil. Assez souvent cependant les réactions nous ont obligé à l'abandon du traitement. Cette chimiothérapie nous a paru avoir une action freinatrice réelle sur l'évolutivité du processus cancéreux, et des propriétés antalgiques non négligeables. Nous avons particulièrement apprécié cette inhibition de la douleur chez le malade de notre observation n° 447 qui présentait dans les nuits de sa pneumonectomie une métastase humérale dont il souffrait même au repos. Le traitement au RA2 fit disparaître la douleur spontanée et stabilisa pendant 6 mois l'évolution de la localisation osseuse.

Plus récemment l'apparition de l'Endoxan et surtout du 6870 RP a réalisé un notable progrès dans la chimiothérapie anti-cancéreuse. Son

excellente tolérance, son pouvoir cytostatique renforcé permet facilement l'administration de doses utiles, capable de donner des améliorations spectaculaires de l'état général et des régressions tumorales jamais observées encore avec des médications de ce type. La contre-partie de cette meilleure efficacité, est une plus grande agressivité sur les éléments figurés du sang, obligeant à une surveillance hématologique régulière, à des perfusions de sang, à la prescription systématique d'adénine.

Par ailleurs le traitement du terrain a toujours comporté une association antibiotique polyvalente des complexes polyvitaminiques et oligo-métalliques des corticoïdes .

oOo

CONCLUSION

Les études concernant le cancer bronchique sont extrêmement nombreuses et révèlent que l'intérêt qu'il suscite ne peut pas être sans rapport avec la gravité des problèmes qu'il pose.

Un certain nombre de notions le concernant sont actuellement communément admises :

- sa plus grande fréquence. Rapporté au nombre de bronchoscopies de dépistage pratiquées, le nombre de nos cancers bronchiques découverts se répartit ainsi dans le temps :

1952	2,5 %
1953	1,6 %
1954	5 %
1955	11,6 %
1956	10 %
1957	12,4 %
1958	13,7 %
1959	15 %
- L'importance du délai qui sépare l'apparition des premiers symptômes du diagnostic et par suite la mise en oeuvre du traitement; la moyenne des travaux consultés est de 6 à 8 mois.
- La facilité de son diagnostic: la preuve histologique est apportée par les prélèvements endoscopiques dans 80 % des cas.
- Et cependant le caractère extrêmement décevant de son traitement: si les meilleures statistiques font état de 20 à 25 % de 5 ans de survie chez les cancers opérés, ce chiffre s'effondre aux environs de 10 % si on le rapporte au nombre total des cancers diagnostiqués.

- La solution du problème posé par le cancer bronchique en particulier et par le cancer en général reste donc à trouver. Ce problème ne pourra se résoudre que de deux façons :

- soit par la mise en oeuvre d'une prophylaxie efficace,
- soit par l'application d'un traitement efficace spécifique qui sera sans doute tout différent des méthodes actuelles.

Mais en attendant, on ne peut que s'efforcer de tirer le meilleur parti possible des moyens thérapeutiques dont nous disposons en essayant d'en perfectionner les techniques et d'en améliorer le rendement. Cet effort nous paraît devoir porter sur deux points,

- l'établissement d'un diagnostic plus précoce,
- une meilleure application des moyens de traitement par la précision de leurs indications.

La précocité du diagnostic

L'expression clinique du cancer bronchique semble très pauvre à son stade pré-radiologique et il est exceptionnel d'en faire le diagnostic à cette période (2 cas dans notre série 5,1 %).

C'est donc à la radiologie qu'il faut demander un premier dépistage des images pulmonaires anormales pouvant faire suspecter un cancer bronchique. Mais celui-ci n'a pas de traduction radiologique pathognomonique. Mises à part les images tumorales et les condensations hilaires plus évocatrices, mais non pas les plus fréquentes (20,8 %) les aspects radiologiques peuvent être très polymorphes. Une mention particulière doit être faite des troubles de ventilation tant pour leur fréquence (45,8 %) que parce qu'ils traduisent avec évidence l'obstruction bronchique et imposent la bronchoscopie.

En définitive, c'est en effet à la bronchoscopie que revient le premier rôle de dépistage. Elle seule est capable d'apporter la preuve du cancer. Encore faut-il que soient orientés rapidement vers l'endoscopie les sujets porteurs d'une anomalie radiologique pulmonaire. L'indication de la bronchoscopie sera d'autant plus facilement posée que l'image radiologique s'accompagnera de signes de souffrance bronchique. C'est à ce syndrome radio-clinique du cancer bronchique que doit en fait être dévolu le rôle de signal d'alarme, indiquant impérativement la bronchoscopie:

- image radiologique et hémoptysie 83,3 %
 - image radiologique et syndrome fonctionnel bronchique 52 %
 - image radiologique et fléchissement rapide de l'état général
 - suppuration broncho-pulmonaire chez un sujet de plus de 40 ans,
 - syndrome d'obstruction bronchique :
 - partielle (wheezing, hypo-ventilation ou emphysème segmentaire)
 - complète (atélectasie) chez un sujet de plus de 40 ans
- telles sont les manifestations les plus évocatrices.

LA BRONCHOSCOPIE montre un aspect bronchique anormal dans 89,6 % des cas.

Si la découverte d'une formation tumorale est relativement fréquente (51,2 %) un autre signe est de haute valeur, c'est la diminution ou l'abolition de la mobilité bronchique. Nous l'avons noté dans 76,8 % des cas.

La bronchoscopie permet un diagnostic positif par confirmation histologique dans 79,4 % des cas, en pratiquant à la fois une biopsie et un prélèvement par aspiration ou par râclage des sécrétions. Mais lorsqu'il ne sera pas possible de faire la preuve du cancer par les techniques endoscopiques, ce qui est relativement fréquent dans les cas de tumeurs distales broncho-laires isolées dans le poumon, le médecin doit savoir résister à la tentation du diagnostic différentiel difficile et sacrifier sans perdre de temps son amour propre à la thoracotomie exploratrice du chirurgien.

Un diagnostic plus précoce doit permettre une meilleure application des moyens de traitement dont nous disposons actuellement, aussi décevants soient-ils.

Un cancer bronchique diagnostiqué rapidement et opéré dans de bonnes conditions peut prétendre avec 1 chance sur 10 à une équivalence de guérison. On ne peut refuser cette chance au malade satisfaisant aux critères d'opérabilité. D'autant que même si elle n'est pas salvatrice, l'exérèse pulmonaire permettra souvent une survie supérieure aux possibilités des thérapeutiques médicales, et plus confortable. C'est pour cette dernière raison que la lobectomie sera préférée à la pneumonectomie chaque fois que cela sera raisonnablement possible. Ses avantages fonctionnels sont évidents, sa mortalité opératoire est bien moindre, ses résultats éloignés ne sont pas plus mauvais, compte tenu du fait qu'elle s'est adressée en général à de meilleures indications. L'intérêt de la radiothérapie pré-opératoire

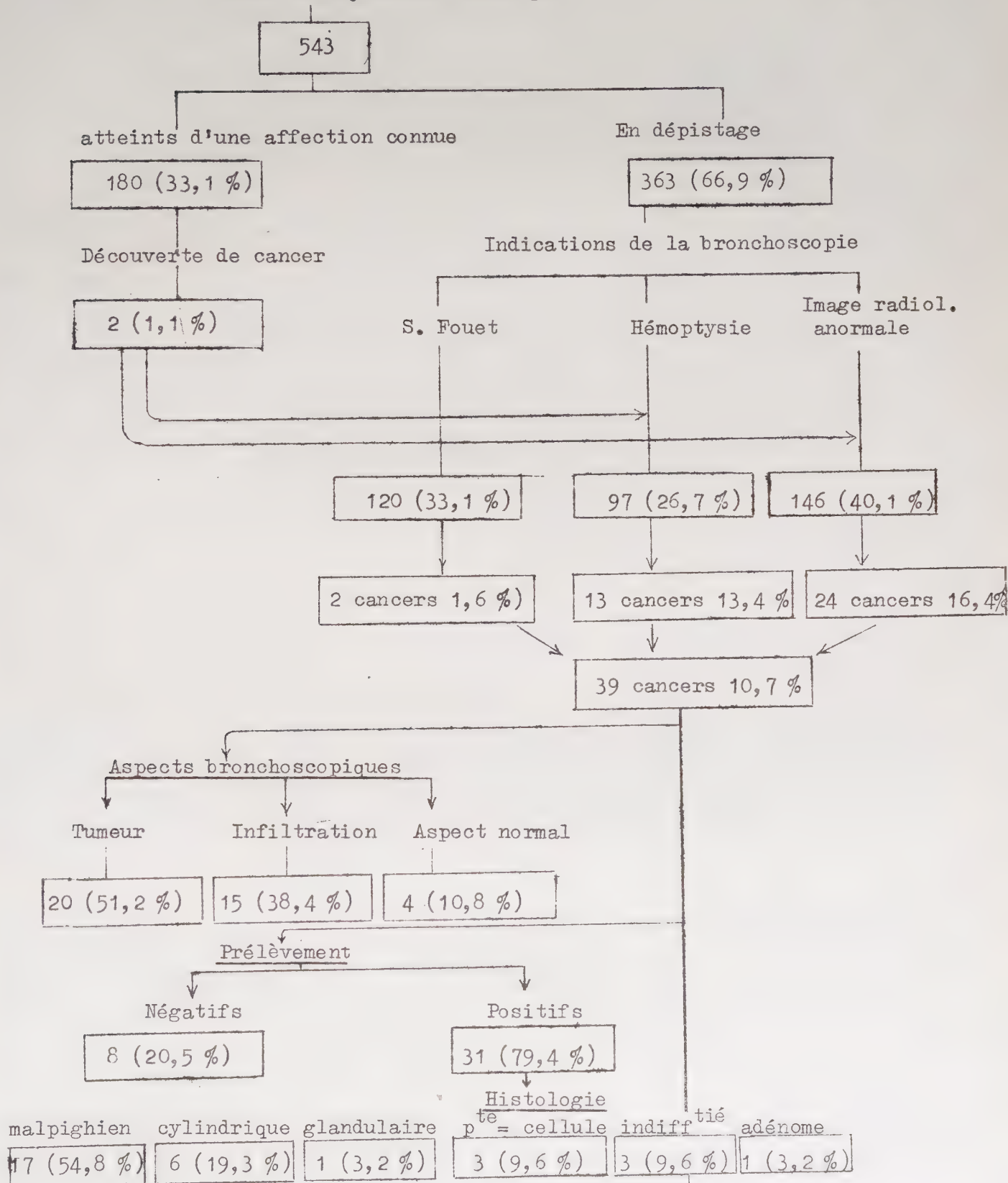
est diversement apprécié . Elle ne semble pas améliorer les résultats et compenser la perte de temps qu'elle occasionne.

La somme d'efforts réalisée pour l'amélioration du dépistage du cancer bronchique et pour le perfectionnement des méthodes de traitement paraît sans proportions avec les maigres résultats obtenus, il n'est pas de meilleur domaine pour constater que si la chirurgie est un des fleurons de la technique humaine, elle fait oublier par là qu'elle est aussi un aveu d'impuissance et une défaite de l'esprit, réduit à mutiler ce qu'il ne sait pas guérir.

Le traitement chirurgical du cancer est un pis aller qu'il faut souhaiter sans avenir.

TABEAU RECAPITULATIF GENERAL

Nombre de sujets bronchoscopés



↓
Traitements

Opérables

Inopérables

8 (20,6 %)

31 (79,4 %)

Non opérés

Opérés

2

6

Thoraco exploratrice

Résection

2

4

Pneumonectomie

Lobectomie

2

2

Décès Survie S.N. Décès Survie Décès Survie Décès Survie S.N. Décès Survie

0	1	1	2	0	2	0	0	2	1	28	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Décès

Survie

Sans nouvelles

32 (82,05 %)

5 (12,8 %)

2 (3,1 %)

Vu, le Président de Thèse :

Professeur BAUMANN

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS W. -

Facteurs améliorant les résultats de la chirurgie pulmonaire : le cancer primaire du poumon.
Rocky Mount. Med. J., mars 1959, 56, n° 3, 69-80, 9 fig. (Bibliogr.)

AHLENDORF W. -

Silicose et cancer bronchique.
Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 125-129, 3 fig. (Bibliogr.)

ANACKER H. (von) -

Cancer du poumon et bronchographie. (Recherches sur l'étiologie du cancer bronchique).
G. Thlème, édit., Stuttgart, 1955, 78 pages, 45 fig. (Bibliogr.)

AMIGUES J.P.E.P. -

Etude de 215 cancers primitifs des bronches opérés entre 1948 et 1956.
Thèse Paris, 1958, n° 528, 86 pages.

ANSTETT P. -

A propos de trois cancers du poumon.
Lyon méd., 17 av. 1960, n° 16, 1071-1075.

ANSTETT P. -

Guérison brusque d'une tuberculose pulmonaire excavée suivie d'apparition rapide d'un cancer pulmonaire.
Lyon méd., 17 janv. 1960, 92, n° 3, 159-161.

ARNAUD G., ROULET A. et FEIMANN G. -

Tuberculose pulmonaire et cancer primitif des bronches. (A propos de trois observations).
Poumon et Coeur, nov. 1958, 14, n° 9, 885-890.

BAIMES A. et THEVENET A. -

Les corrélations anatomo-radio-cliniques des cancers bronchiques
Montpellier méd., sept.-oct. 1956, 98, n° 2, 199-206 (Bibliogr.)

BALMES A. et THEVENET A. -

Le retard dans le diagnostic du cancer bronchique.
Montpellier méd., sept.-oct. 1956, 98, n° 2, 194-198.

BARIETY P., POULET J., MONOD O. et PALLIAS J. -

Pneumothorax spontanés et cancers bronchiques.
J. franç. Med. Chir. thor., 1958, 12, n° 2, 169-180, 8 fig.
(Bibliogr.)

BARONI C. et LONGHINI I. -

Quelques observations sur les tumeurs bronchogéniques du poumon.
Minerva med., 6 juin 1960, 51, n° 45, 2111-2116 (Bibliogr.)

BARIETY M. et LEGENDRI R. -

Les hémoptysies des cancers bronchiques primitifs.
B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 31 Mai 1957, 73, n° 18 et 19, 502-506
(Bibliogr.)

BARIETY M. -

I - Problèmes actuels de diagnostic et de traitement. Le traitement des cancers bronchiques primitifs.
Marseille méd., 1959, 96, n° 5, 233-237.

BAUMANN J. -

Traitement des cancers broncho-pulmonaires primitifs.
Lyon chir., janv. 1958, 54, n° 1, 155-157.

BASTAI P. et PESCHETTI G. -

Les causes du cancer du poumon.
Minerva med., 6 janv. 1959, 50, n° 1-2, 1-17, 20 tabl. (Bibliogr.)

BAUMANN J., VERDOUX P. et CRISTINI A. -

Pneumothorax spontané révélateur d'un cancer broncho-pulmonaire.
J. franç. Med. Chir. thor., 1958, 12, n° 2, 210-213.

BALMES A., THEVENET A. et CHARDENON P. -

Relevé statistique de 60 cancers bronchiques.
Montpellier méd. sept.-oct. 1956, 98, n° 2, 207-211.

BALMES A. et THEVENET A. -

Le syndrome de Pancoast-Tobias.
Montpellier méd., sept.-oct. 1956, 98, n° 2, 212-223 (Bibliogr.)

BALMES A. et THEVENET A. -

Cancers de l'apex pulmonaire.
Marseille méd., 1958, n° 1, 102-105.

BARIETY M., POULET J., PAILLAS J. et LEGENDRI R. -

Cancers bronchiques et infarctus pulmonaires.
J. franç. Med. Chir. thor., 1958, 12, n° 2, 213-228, 10 fig.

BEICHER J.R. -

La lobectomie pour cancer bronchique.

Lancet, 24 oct. 1959, 2, n° 7104, 639-642, 5 fig. 4 tabl.

BENDA R., BENDA P., AUBIN H. (Mlle)., FRANCHET F. et ORINSTEIN E. -

Essai d'implantation intra-tumorale par voie transpariétale de fragments d'or radio-actif dans 3 cas de cancer du poumon.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1956, 10, n° 2, 198-203.

BENDA R. et MOSSE A. (Mlle). -

Où en est le traitement du cancer du poumon ?

Sem. Hôp. Paris, 20 juin 1956, 38, n° 187, 2149-2150.

BENEDICT E.B. -

Valeur de la bronchoscopie dans la détermination de l'ionpérabilité du cancer du poumon.

J. Thor. Surg., mai 1959, 37, N° 9, 646-650.

BERARD J., ODE et MOULIN. -

Cancer et tuberculose pulmonaire.

Poumon et Coeur, nov. 1958, 14, n° 9, 891-893.

BERARD J. et BOUVET R. -

En un an... en un mois... Réflexions sur le cancer bronchique.

J. Méd. Lyon, 5 déc. 1959, n° 956, 987-997, (Bibliogr.)

BERARD M., SAUBIER E.C. et MARET G. -

Enquête sur nos résultats du traitement chirurgical du cancer du poumon.

Lyon chir., juil. 1955, 50, n° 5, 534-546.

BERNARD E. -

Le cancer broncho-pulmonaire, fléau social.

Sem. Hôp. Paris, 30 oct. 1957, n° 62/7. 423-424.

BERNARD E., RENAULT P., WEIL J., GUIBERT C., et DARCET. -

Récidive d'une tumeur pulmonaire malpighienne après extirpation chirurgicale. Greffes tumorales spontanées et provoquées.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1958, 12, n° 5, 544-552 (Bibliogr.)

BLAY M.-H. -

Lymphangite cancéreuse broncho-pulmonaire. Valeur diagnostique de la bronchoscopie et de la biopsie bronchique.

Thèse, Lyon, 1959, 73 pages, in Lyon méd., 13 mars 1960, 92, n° 11, 758-761.

BOLLOW J. -

Contribution au diagnostic différentiel du cancer bronchique.

Zbl. Chir., 5 mars 1960, 85, n° 10, 385-391, (Bibliogr.)

BOUCOT K.R., HORIE U. et SOKOLOFF M.J. -

La survie dans le cancer du poumon.

New England J. Med., 9 av. 1959, 260, n° 15, 742-746, 4 fig.,
4 tabl.

BOULLE G. -

L'épithélioma alvéolaire du poumon. Importance clinique et problèmes thérapeutiques. A propos d'un cas avec aspect histologique typique.

Thèse Paris, 1959, n° 306, 83 pages.

BRETON A., GAUDIER B., PONTE Cl. et SAVINEL E. -

Tumeurs bronchiques chez l'enfant. A propos de 20 cas personnels
Pédiatrie, 1958, 13, n° 1, 43-56, 7 fig. (Bibliogr.)

BRINDLEY G.V., jr.-

Les tumeurs malignes primaires du poumon autres que le cancer bronchogénique.

Ann. Surg., juin 1959, 149, n° 6, 936-948, 8 fig.

BROCARD H. -

Les cancers cavitaires broncho-pulmonaires.

Rev. Praticien, 1 janv. 1960, 10, n° 1, 83-89.

BROUET G., et CHRETIEN J.-

Conduite à tenir en présence d'un cancer bronchique inopérable.

Sem. Hôp. Paris, 28 av. 1958, 34, n° 20, 1258-1261.

BRUN J., COMBEY P. et PATIN R.-

Tuberculose pulmonaire tertiaire et cancer primitif : principales modalités cliniques de leur association.

Poumon et Coeur, nov. 1958, 14 n° 9, 871-880.

BRUNNER S. -

Cancer bronchogénique dans un kyste du poumon.

Acta radiol., fév. 1959, 51, n° 2, 117-120 (Bibliogr.) (résumé français).

CARDIS F. et GEISSBERGER M. -

A propos d'un cas de carcinome alvéolaire.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1956, 10, n° 4, 380-383, (Bibliogr.)

CARDIS F., WIPF R. et TADLEI M. -

A propos de trois cas de cancer bronchique simulant des tuberculoses.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1957, XI, n° 5, 479-491, 8 fig.
(Bibliogr.).

CASTETS B.M. -

A propos des indications respectives de la lobectomie et de la pneumonectomie dans le traitement chirurgical du cancer primitif des bronches.

Thèse Paris, 1955, n° 759, 28 pages.

CESARI J. et AURIOL M. -

Contribution à l'étude des modifications des tumeurs par le bétatron. Etude histo-pathologique de 16 néoplasmes broncho-pulmonaires irradiés.

Bull. Ass. franç. Et. Cancer, av.-juin 1959, 46, n° 2, 253-273, 2 tabl. 10 fig. (Bibliogr.)

CHABANNE J. -

Contribution à l'étude des problèmes posés par l'association de silicose et de cancer du poumon.

Thèse Lyon 1958, n° 128, 55 (Bibliogr.)

CHAMBERLAIN J.M., McNEILL T.M., PARNASA P. et EDSALL J.R. -

Le cancer bronchogénique.

J. Thor. Cardiovasc. Surg., déc. 1959, 38, n° 6, 727-745, 6 tabl. (Bibliogr.)

CHARPIN J., PICARD D., PAYAN H. et de CUTTOLI J.-P. -

Cancers bronchiques cylindriques d'apparence primitive (cancers bronchiolo-alvéolaires). A propos de 4 observations.

Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. av. 1960, 14, n° 7-8, C. 383-C. 389, 11 fig. (Bibliogr.)

CHAULET P. -

Contribution à l'association (cancer bronchique primitif - gynécomastie-périostite des os longs). (A propos de 2 nouveaux cas).

Thèse Paris, 1957, n° 1089, 84 pages.

CHAUVET M. -

Aabestose et cancer bronchique. A propos d'un cas.

Presse méd., 21 mai 1958, 66, n° 40, 908-110, 5 fig. 1 tabl. (Bibliogr.)

CHAUVET M. -

Cancers bronchiques à évolution lente.

Schweiz med. Wschr., 12 mars 1960 n° 11, 270-274, 8 fig., 1 tabl. (Bibliogr.) (texte français).

CHEVRET R. et CHENEBAULT J. -

Résultats d'une série homogène de 182 interventions pour carcinome bronchique.

Maroc méd., Juin 1959, 38, n° 409, 850-852.

CHOMETTIE G.-P.-H.

Les métoplasies malpighiennes des bronches. (Etude anatomo-pathologique et expérimentale; signification.)

Thèse Paris, juin 1956, n° 728, 68 pages.

CLAVAUD P. -

Contribution à l'étude de l'association cancer-tuberculose au niveau du même poumon.

Thèse Paris, 1959, n° 887 : 48 p.

CODWET E., KEDNEIS J.P., FERTEL P. et DUPON M. -

A propos de deux cas de cancer du poumon chez le jeune enfant.
Revue de la littérature. Poumon et Coeur av. 1966, 12, n° 4,
355-374, 12 fig. (Bibliogr.)

COTTON R.E. -

La dissémination bronchique du cancer du poumon.
Brit. J. Dis. Chest. av. 1959, 53, n° 2, 142-150, 12 fig. (Bibliogr.)

De CUTTOLI et HUMBERT. -

Le traitement chirurgicale du cancer du poumon.
Marseille méd., 1957, n° 7, 475-483, 2 tabl., 1 fig.

CUTHBERT J. -

Le cancer bronchogénique. Comparaison de radiographies en masse
et de radiographies prises chez le praticien.
Brit. J. Dis. Chest., juil. 1959, 3, n° 3, 217-225, 12, tabl.
(Bibliogr.)

CUTTOLI J.-P. (de), NICOLI M.-M., PAYAN H. et DOR J. -

Etude des résultats de la biopsie de l'aspiration endobronchique
et du cytodagnostic par examen de l'expectoration. A propos
de 100 observations de cancer broncho-pulmonaire.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp.) av. 1960, 14, n° 7-8, C. 379 -
C. 382.

DAUMET P., GARNIER C. et DAUSSY M. -

Intérêt de la biopsie rétroclaviculaire dans les affections mé-
diastino-pulmonaires.
Gaz. méd. France, 25 Janv. 1957, 64, N° 3 - 131-132.

DAUMET P., DAUSSY M., GARNIER C. et PAILLAS J. -

Etude statistique de 125 cas de carcinomes bronchopulmonaires
traités chirurgicalement.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1955, 2, n° 2, 206-213.

DE GINDER W.L. et LOVELL B.K. -

La radiothérapie palliative accélérée du cancer bronchique
par les rayons X de 250 Kv.
Radiology, nov. 1959, 73, n° 5, 684-692 (Bibliogr.).

BECKER J. -

Le cancer bronchique du point de vue du radiologue.
Strablenthérapie, 1959, suppl. n° 41, 59-63.

FINGE H. -

Aspects radio-cliniques du cancer bronchique. D'après 60 obser-
vations.
Thèse, Montpellier, 1955.

FIRKET J. -

Le dépistage et les facteurs étiologiques des cancers du poumon.
Strasbourg méd. Janv. 1956, 7, n° 1, 6-20.

FISHOF F.E. -

Cancer bronchogénique avec métastase à un oeil aphakique.
Am. J. Ophth., janv. 1960, 49, n° 1, 96-104, 12 fig.

FLEURY M., DELATTRE R. et BAVEZ R. -

Valeur de la radioscopie systématique dans le dépistage des affections tumorales intra-thoraciques.
Presse méd. 5 déc. 1956, 54, n° 88, 2033-2035 (Bibliogr.)

FOUNTAIN J.R. et HOLMAN R.L. -

Déficience acquise en fibrinogène associée à un cancer bronchique.
Ann. of Int. Med., fév. 1960, 52, n° 2, 459-463. (Bibliogr.).

FROMENT R., BAILLY E., PERRIN A. et BRUN F. -

L'oblitération cancéreuse des troncs artériels pulmonaires avec retentissement ventriculaire droit.
Poumon et Coeur, juin 1959, 15, n° 6, 573-588, 9 fig. (Bibliogr.)

GALY P. -

Considérations anatomiques sur les cancers broncho-pulmonaires.
(Documents de la Clinique du Pr. P. Santy).
Lyon chir., janv. 1958, 54, n° 1, 55-68, 12 fig.

GALY P. et TOURAINE R.-G. -

La place de l'examen des produits d'aspiration bronchoscopique dans le diagnostic du cancer bronchique.
Lyon méd., 12 fév. 1956, 195, n° 7, 153-156.

GALY P., CHARCOSSET, JACOUTON, PUTTHEOCARIS. -

Cancers bronchopulmonaires sous-pleuraux développés sur cicatrice.
J. franç. Med. Chir. thor., 1958, 12, n° 5, 518-533, 10 fig.

GALY, TOURAINE R.-G., CHARCOSSET, JACOUTON, PUTHOD et THEOCARIS. -

Cancers broncho-pulmonaires sous-pleuraux développés sur cicatrice.
Lyon méd., 9 août 1959, n° 32, 203-216, 6 fig.

GANDOLFI M. -

A propos du carcinoïde bronchique.
Rev. Laryng., juil.-août 1959, n° 7-8, 670-581, 2 fig. (Bibliogr.).

GARAIX J.P. -

Etude de la valeur diagnostique de la bronchoscopie dans 226 cas de cancers broncho-médiastino-pulmonaires.
Sem. Hôp. Paris, 26 oct. 1956, n° 63, 3264-3265.

GARBAGNI R. et SADOUL P. -

Etude des fonctions respiratoires dans le cancer bronchique.
Poumon, nov. 1955, 11, n° 9, 893-913, 6 fig., (Bibliogr.)

GERNEZ-RIEUX C., DESRUELLES J. et VOISIN C. -

Diagnostic des propagations néoplasiques et des métastases cardiaques chez le cancéreux pulmonaire.

Gaz. Hôp., nov. 1957, 129, n° spécial, 1181-1184 (Bibliogr.)

GERNEZ-RIEUX C., VOISIN C., GLAYES C., PIAT G. (Mlle)., FOURNIER R. et MACQUET V. -

Cancer alvéolaire et bronchorrhée hydromuqueuse. Etude clinique, endoscopique et biologique.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1959, 13, n° 5, 612.

GERNEZ-RIEUX C., VOISIN C., BALGAIRIES E. et DELEPOULLE E. -

Le cancer bronchique chez les mineurs de charbon du nord de la France.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 4, 473.

EVERSOLE S.L. et RIENHOFF W.I. -

Néoplasie bronchiolaire (périphérie du poumon) et observations jamais décrites sur l'origine du cancer bronchiolaire.

J. Thor. Surg., juin 1959, 37, n° 6, 750-765, 18 fig. (Bibliogr.)

EWERT E.C. -

Le sarcome du poumon.

Zschr. Tub., 1960, 114, n° 3/4, 196-198.

Le carcinoïde broncho-pulmonaire. La micro-carcinoïdose broncho-pulmonaire.

Wien, klin. Wschr., 3 juin 1960, 72, n° 22, 386-392, 5 fig. (Bibliogr.)

GIRARD D.G. -

Aspects cliniques et chronologiques des associations de tuberculose pulmonaire et de cancer primitif du poumon dans 13 cas successifs récents.

Thèse, Paris, 24 juin 1959, 42 pages, 12 fig. (Bibliogr.)

EICHTHORN H.J., BOHNDORF W. -

Recherches sur l'importance de certaines méthodes de diagnostic radiologique dans le cancer bronchique.

Fortschr. Geb. Röntgenstr. juin 1959, 90, n° 6, 657-664, 11 fig., (Bibliogr.) (résumé français).

EVEN R., FRAIN Ch. et ROUJEAU J.,

Corrélations anatomo-tomographiques dans le cancer bronchique.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1957, 11, n° 5, 313-317, 2 fig.

GREER A.E., CAREY J.M. et ZUHDI N. -

Thoracotomie exploratrice pour ombres pulmonaires circonscrites

J.A.M.A., 28 nov., 1959, 171, n° 13, 1783-1786.

GREENFIELD H. et GOLD J. -

Le cancer bronchogénique médiastinal.

Am. J. Roentgenol., juil. 1959, 82, n° 1, 108-113, 7 fig.

GREEN G.J. -

Calcification dans un cancer du poumon.

J. Fac. of Radiol., oct, 1959, 10, n° 4, 219-220 (Bibliogr.)

GUISS L.W. -

Etude suivie pendant 5 ans de malades chez qui l'on suspectait un cancer du poudon dépisté radiologiquement.
Cancer, janv.-fév. 1960, 13, n° 1, 82-90, 9 fig. (Bibliogr.)

GUISS L.W. et KUENSTLER P. -

L'examen rétrospectif des photofluorogrammes de sujets présentant un cancer du poudon
Cancer, janv.-fév. 1960, 13, n° 1, 91-95 (Bibliogr.)

HALPERT B. -

Diagnostic microscopique du cancer du poudon.
Surgery, mars 1960, 47, n° 3, 495-497.

HEGEMANN G. et HOFERICHTER J. -

Diagnostic et indications opératoires du cancer bronchique.
Deutsche med. Wschr., 29 juil. 1960, 85, n° 31, 1361-1366, 10 fig., 5 tabl. (Bibliogr.)

HELLRIEGEL W. -

Compte-rendu relatif à 1.000 cancers bronchiques irradiés.
Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 95-90, 6 tabl.

HENNE H.F. -

Résultat de 2 ans de traitement cytostatique du cancer bronchique.
Med. Klin. 20 mai 1960, n° 21, 934-936. (Bibliogr.)

HINSON K.F.W. et NOHL H.C. -

L'atteinte des veines pulmonaires par le cancer bronchogénique.
Brit. J. Dis. Chest. janv. 1960, 54, n° 1, 54-58 (Bibliogr.)

HOFFMANN E. -

Les voies de reflux de la lymphe pulmonaire et leur importance pour l'extension des tumeurs malignes.
Bruns'Beitr. klin. Chir., 1959, 199, n° 4, 451-471, 8 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

HOFFMANN E. et MODER H. -

Le diagnostic radiologique du cancer bronchique périphérique avec considération des voies métastatiques lymphogènes.
Fortschr. Geb. Röntgenstr., Oct. 1959, 91, n° 4, 470-478, 19 fig. (Bibliogr.) (résumé français).

HUGHES F.A., Jr., PATE J.W. et CAMPBELL R.E. -

Le cancer bronchogénique : comparaison de l'évolution naturelle et du traitement par résection, radiothérapie et moutarde azotée.
J. Thor. Cardiovasc. Surg., mars 1960, 39, n° 3, 409-416, 5 tabl.

HUGUENIN A., HOUEL J., ALBOU A. et BACRI J. -

Périostite engainante et gynécomastie symptomatiques d'un cancer bronchique.
Algérie méd., juil. 1959, 63, n° 7, 697-698.

HUSSENET M. -

Les difficultés du diagnostic du cancer du poumon et les possibilités thérapeutiques.

Thèse Paris, 1959, n° 434, 43 p.

JACOB G. et BOHLIG H. -

Les chances de présenter un cancer du poumon chez les travailleurs exposés à l'asbestose en Allemagne.

Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 130-136, 1 fig. 1 tabl.

JACOBS L.G., YEE J. et MAY I.A. -

Le cancer du poumon.

Cancer, mars-av. 1960, 13, n° 2, 362-369, 10 tabl. (Bibliogr.)

JARNIOU A.P., MOREAU A., BOURDET P., et GARRIGOU J. -

Polyarthrite chronique et cancer du poumon.

Sem. Hôp. Paris, 14 mai 1956, 32 - N° 29, 1682-1683.

JARNIOU A.P., MOREAU A., QUILLEC P. et BOURDET P. -

A propos des aspects kystiques et pseudo-kystiques des cancers bronchiques.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1958, 12, n° 1, 73-80.

JOLY H., TOBE F.M. et CHARCOSSET F. -

Cancers broncho-pulmonaires périphériques chez des tuberculeux.

A propos de quatre observations.

Presse méd., 27 mai 1959, 67, n° 26, 1087-1090, 10 fig. (Bibliogr.)

JONES J.C., ROBINSON J.L., MEYER B.W. et MOTLEY H.L. -

Le cancer primaire du poumon.

J. Thor. Surg., fév. 1960, 39, n° 2, 144-158, 6 fig., 7 tabl. (Bibliogr.)

KAWECKA M. -

Le cytodiagnostics du cancer broncho-pulmonaire.

Bull. Ass. franç. Et. Cancer, av. juin 1958, 45, n° 2, 250-257. 9 tabl.

KEMNITZ H. -

La mise en évidence de la fibrine dans le diagnostic différentiel des maladies pulmonaires avec considération particulière du cancer bronchique.

Zschr. Tub., 1960, 114, n° 5/6, 312-329, 21 fig., 9 tabl. (Bibliogr.)

KLATZKO M. -

Cancer bronchogénique simulant une thyroïdite.

New York State J. Med., 15 juin 1959, 59, n° 12, 2424-2427 (Bibliogr.)

KNOWLES J.H. et SMITH L.H., jr. -

Les manifestations extra-pulmonaires du cancer bronchogénique.

New England J. Med., 10 mars 1960, 262, n° 10, 505-510. (Bibliogr.)

LACHAPELE A.-P., BIRABEN J. et LACOSTE G. -

Le syndrome "cancer pulmonaire, périostite des os longs, gynécomastie". (4 observations).

J. Méd. Bordeaux, mai 1958, n° 5, 499-500.

LACOSTE G. -

Matériel pour prélèvement histologique au-delà des bronches segmentaires.

J. Méd. Bordeaux, av. 1956, 133, n° 4, 401-403.

LAGEZE P., GALY P. et CHASSAGNON C. -

Le cancer broncho-pulmonaire de la bronche de Nelson.

J. Méd. Lyon, 5 oct., 1958, 39, n° 930, 831-841, 11 fig.

LATARJET M. -

A propos des cancers périphériques du poumon.

Sem. Hôp. Paris, 6-10, sept. 1957, 33, n° 51-52, 3053-3055.

DAVAD P., PAYAN R. et BONNEAU H. -

Un cas de tumeur bronchique à cellules myo-épithéliales.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 2, 231-234, 3 fig.

(Bibliogr.)

LE BRIGAND H. -

Cancers primitifs des bronches.

Lyon chir., janv. 1958, 54, n° 1, 153-155.

LE MELLETIER J., BARTHES F. et COADOU L. -

Physionomie des cancers bronchiques dans un centre hospitalier de l'Ile-de-France.

Gaz. méd. France, 25 fév. 1960, 67, n° 4, 413-419.

LEMENAGER J., PORIN J. et VILLEY R. -

Deux cas de thromboses veineuses récidivantes révélatrices d'un cancer broncho-pulmonaire.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 4, 429-434 (Bibliogr.)

LEMOINE J.W. -

Causes d'erreurs dans le diagnostic des cancers bronchiques primitifs.

Méd. et Hyg., 10 av. 1959, n° 426, 173-174.

LEMOINE J.-M. -

Les difficultés cliniques du diagnostic des cancers bronchiques (ex-cancers du poumon).

Gaz. méd. France, 25 juil. 1959, 66, n° 14, 1225-1230.

LEMOINE J.M., GALY P. et TOURAINE R.C. -

Calcifications ganglionnaires et cancers bronchiques.

B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 1955, 71, n° 25/26, 977-984.

LEMOINE J.M. et ROSE Y. -

Les difficultés du diagnostic précis des cancers bronchiques des femmes.

J. franç. Méd. Chir. thor., 1957, 11, n° 1, 39-41.

- LEMOINE J.M., FAUVET J., ROSE Y., LEOBARDY J. (de) et MAYET G. -
Deux cas de tumeurs bronchiques rares.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1957, 11, n° 4, 355-361, 8 fig.
- LEMOINE J.M. et RENAULT P. -
Les difficultés d'interprétation d'une tumeur bronchique chez une femme. Cas anatomo-clinique.
Sem. Hôp. Paris, 30 oct. 1957, n° 62/7, 452-453.
- LEMOINE J.M. et FAUVET J. -
Les hémoptysies prémonitoires des cancers bronchiques.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1959, 13, n° 1, 65-68.
- LEMOINE J.M., FAUVET J., PIERART A. et DELORD M. -
Les cancers bronchiques primitifs à image thoracique normale.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 1, 121-126 (Bibliogr.)
- LINDER F. -
Le cancer bronchique.
Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 51-59. 6 fig., 4 tabl.
- LINK R. -
L'importance de la bronchologie pour le diagnostic du cancer bronchique.
Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 72-76, 1 tabl., 4 fig.
- LEVY P.-P. et LEVY E. -
L'épreuve d'hyperoxémie provoquée dans le cancer du poumon.
Bull. Acad. nat. Méd., 1er juil. 1958, 122, n° 23 et 24, 615-618.
- MASENTI E. et MERLO G. -
L'acide hyaluronique sérique dans le cancer des bronches.
Minerva chir., 15 mars 1960, 15, n° 5, 264-267, 1 tabl. (Bibliogr)
- MATTEI Ch., PAOLI J., LAVAL P., PATAN H. & BALOZET P. -
Aspects trompeurs des cancers bronchiques primitifs.
J. franç. Méd. Chir., thor., 1958, 12, n° 3, 341-358, 18 fig.
- MAYER E. & MAIER H.C. -
Le cancer du poumon
Lippincott édit., Philadelphie 1956, 540 pp.
- MESSERSCHMITT J., LEBON P. et MOATY G. -
Le cytodiagnostics des cancers bronchiques.
Sem. Hôp. Paris, 12 fév. 1958, 34, n° 7, 399-414, 7 fig. (Bibliogr.)
- MESZAROS G. et SIMARSZKY J. -
Léiomyosarcome primaire du poumon.
Zschr. Tub., 1960, 115, n° 1-2, 83-69, 6 fig. (Bibliogr.)

- MEYER E.C., SCATLIFF J.H. et LINDSKOG G.E. -
Rapports du cancer bronchogénique et d'une tuberculose préalable.
J. Thor. Surg., sept. 1959, 38, n° 3, 384-397, 11 tabl. (Bibliogr.)
- MICHEL P.F. -
Dissociation sédio-granulaire et cancers broncho-pulmonaires.
Thèse Paris, 1957, n° 755, 41 pages.
- MOERTEL Ch. G., ANDERSEN H.A. et BAGGENSTOSS A.H. -
La coexistence de cancer primaire du poumon et d'autres néoplasmes malins primaires.
Internat. Surg. Dig., juil. 1959, 38, n° 1, 3-6, 1 tabl.
- MONALDI V. -
Le cancer primitif du poumon (quelques problèmes d'actualité)
Arch. Tisiol., av. 1959, 14, n° 4, 259-285, 23 fig.
- MONLIBERT L. et ROUBILLE R. -
A propos du cancer bronchique chez le mineur de fer.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 4, 435-439.
- MOOLS P. -
Cancers primitifs et secondaires du poumon.
Thèse Paris, 1955, n° 1022, 38 pages.
- MOREAU G., BOLLINELLI M. et R., DELAUDE A., DUFRANC P., POGOLIOLI J., SERENA G. et LE TALLEC Y. -
Notre expérience de la broncho-aspiration endobronchique dans le diagnostic du cancer du poumon.
J. Méd. Bordeaux, mai 1956, 133, N° 5, 459-466, 10 fig.
- MOYSSET R.J. -
Les images tachetées pré-atélectasiques du cancer bronchique.
Thèse Paris, 1959, n° 700, 67 p.
- Vingt exérèses pulmonaires pour cancer.
Montpellier chir., 1955, n° 7, 95-74.
- NEUFELD H.N., CADMAN N.L., MILIER A.W. et EDWARDS J.E. -
Embolie due à une endocardite marastique, manifestation de cancer occulte (bronchique).
Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 25 mai 1960, 35, n° 11.
- OUDET P., BURGHARD G., et RUEBSAMEN G. -
Les signes de certitude des cancers primitifs des bronches.
Leur étude bronchologique.
Strasbourg méd., août-sept. 1957, 8, n° 8, 613-624, 3 tabl.
12 fig.
- OUDET P., WITZ J.P., RUEBSAMEN G. et WEISS A.G. -
Remarques concernant le diagnostic et le traitement du cancer des bronches.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1958, 12, n° 1, 90-99, 9 tabl.
(Bibliogr.).

OUDET P. et ROEGEL E. -

Variétés cliniques et radiologiques de l'association entre le cancer des bronches et la tuberculose pulmonaire.
Strasbourg méd., oct. 1958, 9, n° 9, 758-763.

OUDET P. et ROEGEL E. -

Formes cliniques et radiologiques de l'association entre le cancer bronchique et la tuberculose pulmonaire.
Poumon et Coeur, nov. 1958, 14, n° 9, 855-870, 9 fig. (Bibliogr.)

PAPILLON J. et PINET F. -

L'angiopneumographie dans le cancer bronchique.
Presse méd. (Atlas radiol. clin., 70), 6 juin 1956, 64, n° 45, 1-14, 14 Fig.

PEABODY Ch. N. -

Cancer du poumon d'origine périphérique.
J. Thor. Surg., Juin 1959, 37, n° 6, 766-770, 3 fig.

PERASALO O. et TALA P. -

Tumeurs solitaires du poumon. Etude de 200 cas pendant onze ans.
Acta chir. scand., 1959, suppl. 245, 119-128 (Bibliogr.)

PERCESEPE E., SANTORO E., LUISE P. (de) et CAJANO A. -

Groupes sanguins et cancer du poumon
Acta haemat., 1959, suppl. 10, 174-175.

PIETRANTONI et ROMAGNOLI.-

Diagnostic précoce du cancer des bronches.
Ann. Oto-laryng., mars 1960, 77, n° 3, 191-193.

POLICARD A. et coll. -

Tumeurs broncho-pulmonaires.
Masson, édit., Paris, 1955, 146 pages.

RANFT C. -

Le développement unicentrique du cancer à structure alvéolaire.
Zschr. Tub., 1960, 114, n° 3/4, 194-196.

PREVOT R. -

Le radio-diagnostic du cancer du poumon.
Strahlentherapie, 1959, suppl. n° 41, 64-71, 10 fig.

POSNER E., Mc. DOWELL L.A. et CROSS K.W. -

Radiographie en masse et cancer du poumon.
Brit. Med. J., 9 mai 1959, n° 5131, 1213-1218, 10 tabl. 1 fig.

REVERDIAU F. -

Le cancer bronchique (Etude succincte des étapes successives de son diagnostic précoce illustrée par la présentation de 30 cas observés au Centre de Pneumo-phtisiologie de Bourges).
Thèse Paris, 1956, n° 498, 136 pages.

- RICHARD A., SALLET J., LAMBERT A., VIGNEUL J. et SCHUHMANN C. -
Epithélioma bronchique (Métastases crânio-maxillaires).
Rev. Stomat., av.-mai 1958, 59, n° 4-5, 269-279, 12 fig. (Bibliogr.)
- ROELSEN E., LUND T., SONDERGAARD T., MOLLER B. et MYSCHEZKY A. -
Carcinome alvéolaire primaire du poumon (dit adénomateux pulmonaire ou tumeur des cellules alvéolaires).
Acta med. scand., 15 av. 1959, 168, 367-384, 8 fig. (Bibliogr.)
- ROSENBLATT M.B. & LISA J.R. -
Le cancer du poumon.
Oxford press New-York, édit. 19, 343 pp.
- ROTHER G. -
Résultats de la résection dans le cancer bronchique.
Bruns'Breitr. klin. Chir., 1959, 199, n° 3, 365-371, 1 fig.
1 tabl. (Bibliogr.) (Résumé français).
- ROUAN M., BEZES M., QUENUM C. et TETE E. -
Tumeur bronchique à cellules myo-épithéliales.
Sem. Hôp. Paris, 18 mai 1960, n° 23/5, 1493-1498, 9 fig. 2 tabl.
(Bibliogr.)
- ROUDEVITCH Y.-V. -
La carcinomatose bronchiolo-alvéolaire. (A propos d'un cas de soi-disant adénomateuse maligne du poumon).
Thèse Paris, oct. 1956, n° 924, 55 pages.
- ROUJEAU J. -
Réflexions sur quelques données nouvelles dans le diagnostic et le traitement des cancers bronchiques.
Poumon et Coeur, janv. 1957, 13, n° 1, 29-36, 2 fig.
- ROUJEAU J. et NEBUT M. (Mme.). -
Tuberculose pulmonaire et cancer bronchique associés. A propos de 8 observations.
Rev. Tub., juil. 1959, 23, n° 7, 703-732 (Bibliogr.)
- ROUJEAU J. et PERALDI P. -
Leucémie lymphoïde et cancer bronchique à formule histologique mixte.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1959, 13, n° 5, 585-593, 6 fig.
(Bibliogr.)
- ROULET A., BARRIE J. et REYNES V. -
A l'ombre d'une suppuration pleuro-pulmonaire (cancer bronchique).
J. franç. Méd. Chir. thor., 1958, 12, n° 1, 86-89.
- RUHLER J.-C., FRAIN C., ROUJEAU J. et BORDESSOULE P. -
Intérêt de la tomographie frontale-oblique dans l'appréciation de l'extension des cancers bronchiques.
Poumon, juin-juil. 1955, 11, n° 5, 477-486, 9 fig.

RUHL R. -

Recherches clinico-morphologiques sur les différences de malignité dans le cancer bronchique.
Langenbecks, Arch. klin. Chir., 9 avr., 1959, 290, n° 6, 602-659, 13 fig. (Bibliogr.)

SADOUL P., DURAND D. et AUBRIOT G. -

Examens spirographiques au cours du cancer bronchique.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 3, 361-374, 5 fig. 5 tabl. (Bibliogr.)

SANTY P., GALY P. et TOURAINE R.-G. -

Les sarcomes pulmonaires "primitifs" périphériques à cellules fusiformes ou polymorphes. A propos de sept observations.
Lyon méd., 22 juil. 1956, 88, n° 30, 61-70.

SASSY-DOBNEY G. -

Problèmes et possibilités pratique dans le diagnostic du cancer du poumon.
Beitr. Klin. Tub., 1959, 120, n° 2, 119-128 (Bibliogr.)

SAUVAGE R. et coll. -

Analyse d'une série de 557 interventions pour cancer bronchique.
Mém. Acad. Chir., 2-9 déc. 1959, 85, n° 30-31, 811-819.

SCARINCI C. -

Tuberculose pulmonaire et cancer primitif des bronches. (A propos de 3 observations).
Presse méd., 22 mai 1957, 65, n° 41, 963-965, 15 fig. (Bibliogr.)

SCHAUTZ R. et KLEIN W. -

Cancer bronchique et silicose.
Chirurg. mars 1960, 31, n° 3, 135-141, 7 fig. (Bibliogr.)

SCHÖBER K.-L., HUTH J. et FRITSCHÉ P. -

Appréciation rétrospective et prospective du cancer bronchique.
Bruns' Beitr. klin. Chir., 1959, 199, n° 4, 408-420, 7 tabl. (Bibliogr. (Résumé français)).

SCHUBERT R., RENSCHLER H. et SCHAUB R. -

Décomposition d'une tumeur dans un cas de cancer bronchique.
Münch. med. Wschr., 22 janv. 1960, n° 4, 173-178 et 185-186, 2 tabl. 6 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

SCHWARTZ Ph. -

Carcinome pulmonaire et tuberculose pulmonaire. - I. Recherches anatomo-pathologiques et statistiques.
Presse méd., 16/23 août 1958, 66, n° 59, 1337-1340.

SCHWARTZ P. -

Carcinome pulmonaire et tuberculose pulmonaire. II. Observations sur les théories attribuant l'origine du cancer pulmonaire à une pollution de l'air par la fumée de la cigarette.
Presse méd., 6 sept. 1958, 66, n° 61, 1369-1371.

SCHWARTZ D. et DENOIX P.F. -

L'enquête française sur l'étiologie du cancer broncho-pulmonaire.
Rôle du tabac.
Sem. Hôp. Paris, 30 oct. 1957, n° 62/7, 424-437, 3 tabl. 3 graph.
(Bibliogr.)

SMITH R.A. -

Le cancer du poumon chez les mineurs. Brit. J. Ind. Med. Oct.
1959, 16, N° 4, 318-323, 9 fig. (Bibliogr.)

SPEISER O.N. (Mme.). -

Contribution à l'étude des métastases cardiaques et sous-cutanées
des cancers bronchiques (à propos d'un cas d'épithélioma bron-
chique avec invasion massive du coeur dont le diagnostic a été
fait par biopsie cutanée).
Thèse Paris, 1957, n° 1077, 77 pages.

STELZNER F. et STÜRTZBECHER F. -

L'appréciation de 273 foyers ronds pulmonaires avec considé-
ration particulière de la constance du développement du cancer.
Langenbecks Arch. klin. Chir. 1959, 292, n° 76, 736-745 (Bi-
bliogr.)

SVANBERG L., ARBORELIUS M., jr et CHATTERJEE S.S. -

Détermination de l'opérabilité du cancer du poumon. Une étude
bronchoscopique et spiro-bronchospirométrique.
Acta chir. scand., 1959, 117, n° 1-2, 8-17, 6 tabl. (Bibliogr.)

TALAMAS C. -

Précisions sur la classification histologique et les corréla-
tions apatomocliniques des carcinomes bronchiques.
Thèse Paris, Juil. 1956, n° 783, 19 pages.

VARIOT J. -

Etiologie et diagnostic du cancer du poumon. (Le rôle du tabac).
Thèse Paris, 1955, n° 392, 43 pages.

VIDAL J. et GUIN J.J. -

La sclérose cicatricielle consécutive à la tuberculose pulmo-
naire intégralement guérie par antibiotiques prédispose-t-elle
au cancer pulmonaire ?
Marseille méd., 1959, 96, n° 9, 649-653 (Bibliogr.)

VIDAL J., FOURCADE J., GUIN J.J. et MARTY J.C. -

Un aspect anatomo-radiologique assez particulier de l'associa-
tion cancer-infarctus pulmonaire : la cavitation aseptique de
l'infarctus.
Poumon et Coeur, déc. 1959, 15, n° 10, 1207-1211 (Bibliogr.)

VIDAL J., PAGES A., GUIN J.-J. et MARY J.-C. -

Cancer bronchique et fibro-myxosarcome thoracique.
Presse méd., 27 janv. 1960, 68, n° 5, 159-160.

VOLUTER G. -

L'atélectasie-réflexe dans les cancers broncho-pulmonaires.
J. Radiol. Electrol., nov.- déc. 1955, 36, n° 11-12, 962-966.

VOLUTER G. -

Association d'un néoplasme bronchique et d'une tuberculose pulmonaire.
J. Radiol. Electrol., janv.- fév. 1957, 80, n° 1/2, 101-106.
3 fig.

WABMER U.J. -

L'intégration de l'âge du début de la maladie, de la croissance de la tumeur et de son type ; son importance pour l'avenir du cancer bronchique.
Strahlentherapie, 1959, suppl., 119-122, 3 fig.

WELLAUER J. et MARANTA E. -

Classification par stades du cancer bronchique selon le système T.N.M.
Fortschr. Geb. Röntegenstr., nov. 1959, 91, n° 5, 565-575,
16 fig. (Bibliogr.), Résumé français.

WESTERGREN A. -

100 cas de cancer du poumon, analysés en référence à la tuberculose.
Acta chir. scand., 1959, suppl. 245, 129-141, 12 fig. (Bibliogr.)

WINTER G. -

Symptomatologie et diagnostic du cancer bronchique.
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1959, 291, n° 2, 143-155, 13 tabl. (Bibliogr.).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I - INDICATIONS GENERALES

=====

A - La bronchoscopie a été pratiquée au cours d'une affection déjà diagnostiquée.

- révèle une association morbide.
- réforme le diagnostic.

B - La bronchoscopie a été pratiquée comme examen de dépistage devant :

- un syndrome bronchique fonctionnel clinique
- une hémoptysie
 - a - isolée, sans anomalie radiologique
 - b - avec anomalie radiologique
- image radiologique avec ou sans signe radiolog.
 - a - image suspecte de tuberculose
 - b - atélectasie,
 - c - condensation parenchymateuse,
 - d - image tumorale

C - Interprétation des résultats.

II - SEMIOLOGIE GENERALE.

=====

A - Signes ayant conduit à la bronchoscopie

- syndrome bronchique fonctionnel
- hémoptysie
- image radiologique anormale

- a - Suspecte de tuberculose
- b - évoquant un trouble de la ventilation
 - atélectasie
 - emphysème.
- c - Condensation parenchymateuse non systématisée
- d - image tumorale.

B - Signes secondaires.

- signes généraux,
- signes fonctionnels
- signes physiques
- signes radiologiques
- signes biologiques.

C - Age et sexe.

D - Sémiologie, endoscopique.

- aspect macroscopique
- localisations
- prélèvements

E - Anatomie pathologique.

III - CONFRONTATION CLINIQUE, RADIOLOGIQUE, ENDOSCOPIQUE, ET

=====

HISTOLOGIQUE.

=====

Incidences sur la thérapeutique et l'évolution.

- Indications de la bronchoscopie et âge
- Indications de la bronchoscopie et aspect endoscopique
- Indication de la bronchoscopie et résultats de prélèvements
- Aspects endoscopiques et résultats de prélèvements
- Indications de la bronchoscopie et histologie
- Aspects endoscopiques et histologie
- Age et histologie
- Evolution
- Evolution et histologie
- Traitement.

a - Chirurgical - Résultats

b - Médical - Résultats

IV - TABLEAU RECAPITULATIF GENERAL

=====

V - CONCLUSION

=====

oOo



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODfon 58-96